

إضطرابات التأتأة

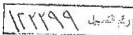
"رؤية تشخيصية علاجية"



دكتورة
رحاب محمود صديق
أستاذة مساعد الصحة النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية



الأستاذة الدكتورة
هالة إبراهيم الجرواني
أستاذة لغة الأم والطفل
عميد كلية رياض الأطفال
جامعة الإسكندرية



حقوق النشر والتوزيع

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع
الإسكندرية - جمهورية مصر العربية - ويمنع طبع أو تصوير أو ترجمة الكتاب كاملاً أو جزءاً أو
تسجيله على أي شكل أو بغيره على الكمبيوتر أو بغيره إلا بموافقة الناشر خطياً.

كتاب

اضطراب التأتأة - رؤية تشخيصية علاجية

د. رحاب محمود صديق

أ.د. هالة إبراهيم الجرواني

124 صفحة

4869-2812

978-977-273-647-8



الإدارة: ٢٦ ش. سوهور - الأزدهة - أمام كلية الحقوق
بجامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية

تلفون: 00203 48 78 163 فاكس: 00203 48 30 454

معمول: 002 0122 1666 913

الفرع: ٢٨٧ ش. قتال الموحدين - الشاطبي - الإسكندرية

Email: darelmaarefa@gmail.com

d_maarefa@yahoo.com

Web site: www.darelmaarefa.com



مَقَدِّمَةٌ

يعتبر موضوع اضطرابات اللغة والكلام من الموضوعات الحديثة نسبياً في مجال اهتمام التربية الخاصة، حيث ظهر الاهتمام بها في بداية الستينات في القرن العشرين وذلك من منطلق أهمية اللغة كعامل أساسي من عوامل التكيف مع المجتمع، ووسيلة من وسائل الاتصال بالآخرين.

فاللغة تستخدم للتعبير عن المشاعر والأفكار وتساهم بشكل أساسي في التعليم واكتساب العديد من المهارات.

ولكن أحياناً تتعرض اللغة لدى الأطفال لبعض الاضطرابات تتعلق بعيوب تصيب النطق كالحذف والإضافة والإبدال والتحريف أو عيوب تتعلق بطبيعة الصوت شدته أو اضطراب الحمضة أو الخنف: فو عيوب تتعلق بالكلام كالجلجلة واللغة وعسر الكلام والحسة وتأخر الكلام.

ويمكن أن ترجع هذه الاضطرابات إلى عوامل عديدة عضوية أو نفسية أو بيئية، ولذا يستخدم العديد من الوسائل في تشخيص هذه الاضطرابات، وهذا لتعدد يناسب تعدد الأسباب الكامنة أو المؤدية لهذه الاضطرابات. وكذلك تتعدد الطرق العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطرابات اللغة والكلام.

ويتناول هذا الكتاب تصنيف الاضطرابات اللغة والكلام وطرق تشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها، ويتكون الكتاب من ثلاث فصول، على النحو التالي:

الفصل الأول: يتناول طبيعة النمو اللغوي لدى الأطفال ومظاهره التطور الطبيعي للنطق واللغة.

أما في الفصل الثاني: فيتم استعراض أنواع ومظاهر اضطرابات اللغة والكلام وسبل التشخيص، والنظريات التي فسرت اضطرابات اللغة والكلام.

وخلال الفصل الثالث: يتم تناول الطرق العلاجية والتي يمكن أن تسهم في خفض حدة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال.

والمرجو من الله أن تعم الفائدة على كل الأسرة التي يعاني أطفالها من اضطرابات النطق والكلام

والله وفي التوفيق

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال

أولاً - أهمية اللغة.

ثانياً - وظائف اللغة.

ثالثاً - مراحل النمو اللغوي.

رابعاً - عوامل اكتساب المهارات اللغوية.

خامساً - الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي.

سادساً - مراحل الكلام.

الفصل الأول

اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال

مقدمة

تعد اللغة من المميزات الإنسانية للتواصل، حيث يعبر بها الإنسان عن مشاعره وأرائه وما يدور في ذهنه من أفكار، فهي أداة للتفكير ويكتسب الطفل اللغة من بيئته المحيطة به، فيتطور استخدامه للغة للمجتمع الذي يعيش فيه، حتى يتمكن من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين المحيطين به.

أولا أهمية اللغة

تعد اللغة أساس الثقافة الإنسانية، وعامل أساسي من عوامل التكيف والتوافق مع الحياة، وتحتل الأدلة الرئيسية التي تتواصل بها الأجيال، فهي وسيلة للتفاهم والتواصل والتخاطب، ووسيلة هامة من وسائل النمو العقلي والعرضي والإفعالي، وتشمل اللغة المتطوق بها واللغة المكتوبة والإيماءات والإشارات والتعبيرات الوجيهة التي تصاحب سلوك الكلام، ويرتبط بمفهوم اللغة كل من التطرق والكلام

• **التطرق:** هو مجموعة الحركات التي يؤديها جهاز النطق والأحبال الصوتية أثناء إصدار الأصوات.

• **الكلام:** هو عملية إصدار الأصوات الكلامية لتكوين كلمات وجمل لنقل المشاعر والأفكار من المتكلم إلى السامع

والطفل عندما يولد معه القدرة على النطق وفهم الكلام ولكنه يعتمد في الشهور الأولى على السمع ثم تتطور القدرة على النطق واستخدام لغة المجتمع الذي يحيا فيه.

ثانياً - وظائف اللغة

تعتبر اللغة من أهم المميزات الإنسانية، ووسيلة مهمة للتواصل والتعامل بين البشر ووصف مشاعرهم، كما أنها أهم وسيلة اتصال في المجتمع البشري الذي يعطى بوسائل اتصالية كثيرة، ويمكن أن تعدد أهم وظائف اللغة كما يلي:

١- التواصل: يتيح التواصل للجال للتعرف على آراء الآخرين، وأفكارهم وتبادل المعلومات بين الأفراد ومعرفة كل ما هو جديد ونقل الحضارات والتقنيات وتحليل النظام والتكيف مع المجتمع ويرى «ساير» أن مفردات اللغة تعكس بصورة واضحة المحيط الطبيعي والاجتماعي للفرد بشكلها.

٢- التعبير: حيث يتم التعبير باللغة عن المشاعر والأحاسيس والعواطف والانفعالات، ولولا اللغة بقيت تلك المشاعر رهينة بصاحبها لا يستطيع توضيحها.

٣- التفكير: يتضح لنا أننا نفكر باللغة وإنها أداة التفكير، وبين «واطس» أن الفكر ما هو إلا كلام، فعندما نفكر نتكلم فعلاً على الرغم من أن الكلام لا يكون مسموعاً.

ثالثاً - مرحلة النمو اللغوي

لا شك بأن اللغة تمر بمراحل عديدة، وقد قسمت مراحل اكتساب اللغة عند الأطفال إلى:

١- مرحلة الصراخ: تبدأ هذه المرحلة بالصراخ الأولي، (صرخة الميلاد)، حيث تمثل أول استخدام للجهاز التنفسي، ولهذه الأصوات في الأسابيع الأولى من حياة الطفل أهمية في تحريك الجهاز الكلامي عند الطفل ووسيلة للاتصال بالآخرين وإشباع حاجاته.

٢- مرحلة المناغاة: تبدأ حوالي الشهر الخامس، يفتح الطفل فمه فتخرج منه أصوات (أغ أغ أع). ونتيجة دخول الهواء إلى تجويف الفم دون أي هائل يبدأ الطفل في نطق الحروف الحلقية المتحركة (آ)، ثم تظهر حروف الشفاه (م، ب، د). ثم يجمع بعد ذلك بين الحروف الحلقية وحروف

لنشقاء (ماما)، وعلى الأم أن تتأق مع طفلها لأن اللبغاغة هى لطريقة المثلى لتعلم اللغة فالطفل يحاكي بها ما يصل إليه من أصوات (أحرف وكلمات).

٣- مرحلة التقليد أو المحاكاة: بعد أن ينتهى مقاطع ماما/ بابا، تأتى مرحلة الحروف البسيطة (د، ت)، ثم الحروف الأنفية (ن)، ثم الحروف الخلقية الساكنة (ك، ق، ح) وحتى هذه المرحلة لا يزال الطفل يفتقد معنى الكلمات ولكنه يبدأ محاولات التكلم كما يتكلم الآخرون، وعدة ما يحاول الطفل التكلم مع نفسه أو مع ألبابه، وهنا يجب علينا عدم انقطاعنا لما هذا الأمر من أهمية فى تطور مقدرة الطفل على الكلام، وهناك فروق فردية بين الأطفال فى القدرة على المحاكاة ومطلق الكلمة الأولى تبعاً لعوامل متعددة كالكفاءة والعمر الزمنى وفرص الكلام المتاحة للطفل، ووجود أطفال آخرين معه فى الأسرة.

٤- مرحلة الكلام الحقيقى وفهم اللغة. يبدأ فيها الطفل بالكلام ويفهم مدلولات الألفاظ ومعانيها ويظهر عادة فى السنة الثانية، وثمة مراحل لتكوين الجملة بدءاً من الكلمة الواحدة، وهذه المرحلة تسمى الكلمة الجملة، فعندما يقول الطفل لأمه (كلمة) فإنه يقصد إبلاغ رسالة، ثم تأتى مرحلة الكلمتين: وتتضمن الكلمات ذات المحتوى الدال والهام بالتمسك للمعنى وفى نهاية الثلاث سنوات الأولى تتكون الجملة من ٥ إلى ٦ كلمات. وفى السنة الرابعة يتشابه نظام الأصوات الكلامية وفى السنة الخامسة إلى السادسة تصبح اللغة فى مستوى كامل من حيث الشكل والمحتوى والتعبير بجمل صحيحة.

رابعاً : عوامل اكتساب المهارات اللغوية

إن العوامل المؤثرة فى اكتساب اللغة ترجع إلى الفرد فى بعضها، كما ترجع إلى البيئة المحيطة فى بعضها الآخر، وفيما يلى فكرة عن بعض هذه العوامل:

١- الممارسة: يجب أن تتم ممارسة اللغة بصورة طبيعية وفى مواقف حياتية مستمرة.

٢- **الغهم والتعلم:** كلما زاد التواصل والفهم زاد تفاعل الطفل وراحت وبعثته في تعلم المزيد.

٣- **التوجيه:** توجيه الأطفال لأخطائهم في جو هادئ.

٤- **النموذج:** سواء من الأم أو الأخوة أو الأب أو المربين.

٥- **التشجيع:** فهما يؤديان إلى تعزيز التعلم والتقدم فيه.

٦- **الذكاء:** ترتبط الحصيلة اللغوية عند الأطفال بنسبة ذكائهم، حتى إن بعض علماء النفس يتخذون هذه الحصيلة أساساً لقياس الذكاء.

٧- **الوضع الصحي والصفي للطفل.**

٨- **الوسط الاجتماعي والمستوى الاقتصادي:** أطفال المستوى الاجتماعي المرتفع يتكلمون تلقائياً ويميزون بوضوح عن آرائهم، وبين "ديوي" إن

الوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية. والطفل يتعلم لغة أمه ويرتد إليها.

٩- **البيئة اللغوية:** يرى علماء النفس اللغوي إن اكتساب مهارات أي لغة يتطلب وضع المتعلم في بيئة لغوية.

ومن وطننا العربي ثمة مشكلات في اكتساب اللغة الفصحى في أيامنا هذه تتمثل في المعية المنتشرة بالبرامج الإذاعية والتلفزيونية والقصور في تكوين مهارات التعلم الذاتي.

خامساً: الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي.

قد يكون من المفيد جذب انتباه الوالدين والمعلمين لبعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها حتى يحقق الطفل النمو اللغوي السوي وتجنب ظهور المشكلات التي قد تعطل مسار هذا النمو ومن أهم الاعتبارات ما يلي:

• على الوالدين أن يدركا أن إقامة علاقة مستقرة بينهما وبين الطفل وإعطاء الطفل الصغير أكبر قدر ممكن من الحب والحنان والشعور بالأمن النفسي خلال السنوات الأولى من عمره، أمر ضروري لصحته النفسية ونموه وتطوره الطبيعي بكافة جوانبه بما في ذلك تطوره اللغوي.

فقد كشفت الخبرات الإكلينيكية التي تراكمت خلال الربع الأخير من القرن العشرين، أن نوع للملاقة التي يقيمها الطفل الصغير مع والديه وبصفة خاصة مع أمه خلال لشهور القليلة الأولى من عمره عن طريق عملية التغذية وعبرها تحدّد بقدر كبير تطوره بكامله جوانبه بما فيها التطور اللغوي، وتترك أثراً بالغاً على ذلك التطور لذا كانت تلك الملاقة دائمة فإنها تمنح للطفل شعوراً بالأمن النفسي وتساعد على القيام بكافة العمليات الحيوية كالتنفس والحركة والطعام وإصدار الأصوات بطريقة طبيعية وأكد كثير من العلماء على الطبيعة الاجتماعية للأصوات المبكرة التي يصدرها الطفل، وأشاروا إلى أن إصدار تلك الأصوات بطريقة صحيحة يتولّف على إقامة علاقات إيجابية مع الراشد في البيئة المحيطة بالطفل، الذي يحبه الطفل ويتعلّق به بالإضافة إلى ذلك، يبيّن بعض الخبرات الإكلينيكية أن الطفل الذي يعاني من الإهمال والحرم من بدرجة كبيرة والذي تضطرب علاقاته مع البالغين من حوله، يكون أكثر بطئاً في تعلّم الكلام كما أن هذا النوع من الأطلاق يكون قلقاً ولا يشعر بالقدر الكافي من الأمن ويعاني من الكف والإحباط.

وتنسر الأهمية الحيوية للرابطة القوية مع الأم كثيراً من الحقائق المعروفة حول لتطور اللغوي للطفل مثل تفوق الطفل الوحيد الذي يحتلّ بأكثر من حب ورعاية للوالدين وكذلك التأخر البالغ للأطفال الذين ينشأون بالمؤسسات ودور اترعية

مع بلوغ الطفل حوالي ثلاثة أشهر يبدأ في تنعيم الأصوات، التي يصدرها والتي كانت قبل ذلك مقتصرة على الصراخ Crying وفي إصدار مقطع متكررة ومتشابهة مثل: ماما، بابا وغيرها وبذلك تبدأ لديه مرحلة المناقاة عند هذه المرحلة من مراحل التطور اللغوي على الأم أو من يرعى الطفل أن يشارك الطفل في نشاطه اللغوي هذا بأن يكرر نفس المقاطع التي يرددها الطفل مراراً وأن يشجعه ويحثه ويستثيره على الاستمرار في هذا الأداء وعلى الأم أن يدخّل مع الطفل حوار مشترك ومتبادل حيث يصدر الطفل الصوت وتكرره الأم وهكذا فمن شأن هذا التشجيع والبحث أن يجعل الطفل يؤدي هذا العمل المعرفي ويكرره، نظراً لأن هذا التشجيع يكون بمثابة التعزيز Reinforcement الخارجي الضروري لعملية التعلم.

بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا التعزيز يساعد على تطوير عملية المناغاة وتحسينها من مجرد لعب عشوائي يصاحب نشاط الطفل إلى سلوك التقليد المقصود، لا ينطلقه الراشد أمام الطفل من كلمات وهو تطور أساسي ومهم لاكتساب اللغة في المراحل التالية، والذي يتم عن طريق قيام الطفل بتقليد الكلمات التي يستخدمها الراشد. وأخيراً فإن قيام الأم باستثارة الطفل وحته في مرحلة المناغاة تشكل بدايات التفاعل الاجتماعي Social Interaction المتبادل بين الطفل والبيئة الاجتماعية من حوله، ولذلك فإن له أهمية خاصة في المراحل التالية لتحقيق التوافق الاجتماعي مع المحيطين به.

على الرغم من أهمية حث الطفل واستثارته وتشجيعه على المناغاة وإصدار الأصوات وغيرها من أشكال السلوك اللغوي عن هذه الأعمار المبكرة لا أنه من الضروري أن يعرف الوالدان أنه يكاد يكون من المستحيل على الطفل الصغير أن يردد عسى إصدار أصوات أو نطق كلمات دون أن يكون جهازه العصبي وجهاز الكلام لديه ناضجاً وقادراً على إصدارها تلقائياً أي أنه من المستحيل أن يقلد لطفل صوتاً لم يصدره هو في مناغاته التلقائية نتيجة لذلك يكون على الوالدين أن يكررا الأصوات التي سمعا الطفل يصدرها، إلى أن يتفصح جهاز الكلام لديه وجهازه العصبي ويصبح قادراً على التقليد بعد ذلك.

وعلى الوالدين أن يقدموا أكبر قدر ممكن من المثيرات الحسية المحبة للطفل وأن يعرفوه لتلك الحركات والمثيرات التي تستثير حواسه المختلفة، سواء النظر أو السمع أو اللمس أو غيرها من الحواس. يمكن القيام بذلك عن طريق عرض مختلف أنواع اللعب التي تتحرك والتي تصدر أصواتاً، وذات الألوان المختلفة وكذلك للأغاني والموسيقى. فمثل هذه الاستثارة الحسية ضرورية لحث الطفل، وتشجيعه على ممارسة السلوك اللغوي المميز للمناغاة واللعب

مع بدء نطق الطفل للكلمات الأولى، والذي يحدث في المعتاد بلوغ الطفل لعمه الأول ومراهقة الفروق الفردية، يلاحظ أن الكلمات الأولى التي ينطقها الطفل مقلداً للراشدين تكون غير سليمة ولا تزيد عن كونها مجرد تقليد تقريبي لتلك الكلمات وينطق على لغة الطفل عند هذه المرحلة اسم «الكلام الطفلي» Baby Talk.

و للملاحظ أن كثيراً من الأهل يحبون بهذا الكلام الطمئني ويكررون مراراً
لطفن وباستحسان للدرجة تجعل للطفل يكرره ويثبت عليه إلى أن يصبح عادة يصعب
على الطفل للتخلص منها، وقد تؤدي إلى عيب من عيوب الكلام إذا لم تصحح.

والشر المهم في هذه المرحلة أن يتنبه الوالدان إلى ضرورة أن يكون نطقه
للكلمات دائماً نطقاً سليماً، وأن يحرصا على ذلك ويصررا على نطق الكلمات
دائماً نطقاً صحيحاً وعلى الوالدين ألا ينساقا وراء الطفل بتقليد وتكرار كلامه،
إلا أن الشر الأخطر المهم أن يقوم الوالد بالنطق الصحيح دون ضبط على الطفل أو
استهزاء به ودون توبيخ له، فقط ينطق الكلمة نطقاً صحيحاً في كل مرة. والهدف
من ذلك أن يقدم الوالدان للطفل النموذج اللغوي الجيد ليقلده مع مراعاة عدم
الاستهزاء بالطفل عند نطق الكلمات بطريقته الطفولية الخاصة.

بعد نطق الكلمات القليلة الأولى وبدئية استخدام الطفل اللغة الصحيحة عند
حوالي عام ونصف على وجه التقريب يدخل الطفل في مرحلة لغوية جديدة يطلق
عليها مرحلة أو فترة «تسمية الأشياء» Naming Objects.

مبجرد أن يكشف الطفل أن لكل شيء حوله اسماً خاصاً به، يصبح «الضئ
شعراً ومتشوقاً لمعرفة أسماء جميع الأشياء من حوله وعلى الوالدين عند هذه
المرحلة أن يجيبا على جميع الأسئلة التي يوجهها الطفل لمعرفة أسماء مختلف
الأشياء الموجودة حوله وغيرها من الأسئلة، وعلى من يرافق الطفل أن يجيبه على
جميع تلك الأسئلة بوضوح تام ولغة سليمة، وعليه ألا يهمل تلك الأسئلة أو يمل
من كثرتها أو يفرض الإجابة عليها فاكتماب أسماء الأشياء في هذه المرحلة المهمة
يؤدي إلى الإسراع في معدل التطور اللغوي للطفل، وزيادة حصيلة اللغوية، أي
العدد الكلي للكلمات التي يعرفها ويستخدمها الطفل.

على الوالدين خلال السنوات الأولى من عمر الطفل أن يحرصا على تعرضه
لأكبر قدر كبير من المقبرات المتعددة والزيارات والرحلات للأماكن الجديدة عليه
المختلفة والتي توجد بها مشيرات متنوعة ومتجددة.

تعرض الطفل للمخبرات الجديدة التي تزيد من مداركه وتوسعها ثري من
خبرات الطفل ويكون لها آثاراً كبيرة على تطوره اللغوي وزيادة الحصيلة المعنوية.

على الوالدين أن يحرصا حرصاً شديداً على قضاء أكبر قدر ممكن من الوقت مع الطفل الصغير والاشتراك معه في نشاطاته وزيادة حجم التفاعل الاجتماعي معه خلال السنوات المبكرة الأولى من عمره وعليهما أن يحرصا كذلك على تحقيق ثبط تفاعلي للحياة الأسرية، وذلك بالحرص على تناول الوجبات مع الطفل، وعلى التحدث معاً ومناقشة مختلف الموضوعات أثناء هذه الوجبات وغيرها من الأوقات، وعليهما أن يحرصا بعناية خاصة على أن يشارك الطفل في هذه المناقشات وأن يأخذ دوراً في الحوار فقد وجد أن النمط التفاعلي للحوار الأسري هو النمط الذي يزيد من سرعة لتطور اللغوي للطفل ويكسبه العديد من المهارات اللغوية.

هنا عكس النمط الإنمائي الذي لا يشجع على التفاعل الاجتماعي داخراً الأسرة والذي يكون له أثر سلبي على التطور اللغوي للطفل بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين أن يلاحظا أن وجودهما لفترات كافية مع الطفل خلال السنوات الأولى من الطفولة شيء مهم لتطوره اللغوي وذلك لأنهما يقدمان له النموذج اللغوي الجيد لتقليد.

الطفل الذي يرافق الراسمين لفترات طويلة من يومه خلال العامين الأولين من عمره يكون تطوره اللغوي وحصيلته اللغوية وكافة المؤشرات الأخرى المتصلة على تطوره اللغوي أفضل بكثير من الطفل الذي يترك طوال الوقت للعب مع إخوانه يجب أن يتنبه الوالدان في الوقت الراهن إلى أنه في حالة شعورهما بأن طفلهم قد تأخر في التعلق أو أنه يعاني من إحدى مشكلات الكلام مثل التأخر أو غيرها من المشكلات عليهما أولاً تذكر ما يلي:

- التطور اللغوي يتأخر وفي كافة أبعاده عن التطور اللغوي للإنثاء (مع مراعاة الفروق الفردية)
- تأخر الكلام أو وجود عيب من عيوبه لا يعني على الإطلاق أن الطفل سيكون أقل ذكاءً.
- بعض مشكلات الكلام، كالكلام الطعني والتأخر تحدث بشكل طبيعي وتعتبر من ضمن المراحل التي يمر بها التطور اللغوي السوي والطبعي للطفل فالكلام الطفلي يعتبر مظهراً طبيعياً وانعكاساً لعدم نضج جهاز

الكلام لدى الطفل الصغير، كما أن الثبات التي تقع فيما بين عام ونصف وثلاثة أعوام ونصف تعتبر كذلك مظهراً طبعياً لكون معدل تفكير الطفل يفوق معدل تطوره اللغوي لذلك يفكر الطفل قليلاً قبل أن ينطق بالكلمات.

- بعض المواقف قد تؤدي إلى ظهور هذه المشكلات مثل ولادة أخ جديد للطفل أو التحاقه بدار الحضانة أو الروضة أو وفاة شخص عزيز وهي مواقف صعبة على الطفل الصغير تؤدي إلى اضطرابه انفعالياً، وقد تظهر خلالها بعض مشاكل الكلام كتعبير عن عدم التوافق والقلق والتوتر.
- أن تشجيع الوالدين للكلام الطفلي واستجابته قد يؤدي إلى جمل الطفل مما يكف عنه كما إن إهمالهم في تصحيحه هو الذي يجعله يستمر لعدم وجود النموذج اللغوي الجيد للتقليد.

على كل حال على الوالدين أن يسيرا في الخطوات التالية إذا قلقا بسبب تأخر طفلها في الكلام:

- ١- التحقق من سلامة سمع الطفل عن طريق قياس السمع لدى أخصائي السمع
- ٢- الكشف العضوي على أعضاء الكلام والجهاز العصبي لدى الطبيب المتخصص.
- ٣- قياس ذكاء الطفل على يد متخصص في القياس النفسي وباستخدام اختبار مقنن للذكاء، لاستبعاد حالات العقل.
- ٤- البحث عن مظاهر دالة على مشكلات سلوكية والتنبيه لها من أمثلة ذلك التبول الليلي. واللعاف والعدوانية ومشكلات الأكل بالإخراج وقضم الأظافر وغيرها من المشكلات في المعتاد لمشكلات الكلام.
- ٥- البحث عن الضغوط التي يعاني منها الطفل مثل ولادة أخ جديد، له أو ذهابه للروضة لأول مرة، أو عدم استقرار واضطراب علاقته بأحد الوالدين.

٦- عرض الطفل على أخصائى التخاطب.

على الرغم من التأكيد على أنه لا يجب على الوالدين إبداء القلق الزائد على وجود مشكلة للكلام والتسرع بوصف الطفل بأنه "طفل لديه مشكلة" وعدم استشارة قلقة بشأنها، إلا أنه من الواجب على الوالدين فى نفس الوقت ألا يهملوا هذه المشكلة ويسرها فى اتخاذ كافة الإجراءات السابق توضيحها. ويرجع السبب لى ذلك لأهمية التدخل المبكر.

ولا يقتصر السبب فى ذلك لكون تلك المشكلات قد تصبح عادات مع مرور الوقت يصعب التخلص منها والتغلب عليها، وإنما يتعدى ذلك لما يمكن أن ينتج عنها من آثار سلبية عموق التوافق النفسى والاجتماعى

سادساً - مراحل الكلام

يتبع الكلام بعد سلسلة من العمليات المعقدة التى يقوم بها الإنسان بشكل آلى، يبدأ بالسمع، وير عمليات داخلية عبر أجهزة الكلام المختلفة إلى أن يخرج الكلام واضحاً مسموعاً.

فالمهم الواضح للألية التى يتبع من خلالها الكلام يساعدنا فى فهم أفضل لطبيعة الإضطرابات الكلامية، واللغوية، وأن إنتاج لغة منطقية، أو مكتوبة مفهومة. وذات معنى يعتمد على النظام البيولوجى للإنسان، وخصائصه المختلفة

والكلام عند الإنسان يرتبط حدوثه ببعض الآليات بالجهاز النفسى، من خلال مجرى هوائى متحرك بجري خلال فراغ ضيق فى البلعوم، أو الفم، أو الأنف، وكون المجرى للهوائى متحركاً يستلزم وجود باعث على الحركة، لذلك يرتضى الحجاب الحاجز والمضلات الصدرية.

وتنكمش الرئتين إلى حجمها الطبيعى مما يؤدي إلى طرد وإندفاع الهواء من الرئتين إلى الخارج، وهذا ما يعرف بعملية الزفير، وبذلك تكون الرئتين هم مصدر مجرى الهواء، وهما الباعث على حركة هذا المجرى الهوائى.

فالكلمة هى رنين المصوت الفونيمى المنطوق المسموع، أو هى رنين أصغر لوحدات الصوتية الكلامية الأولية الصادرة من الفم نتيجة لعمل، وشارك أجهزة،

وأعضاء النطق، والكلام والصوت الكلامي هو المراحل الزمنية الفسيولوجية الأساسية الرباعية اللازمة لإتمام عملية الكلام حيث يتم في المرحلة الأولى اتباعت الصورة الذهنية العقلية الرمزية في الذهن (Symbolization)، وفي المرحلة الثالثة إنتاج أصوات القوّنيمات (Articulation)، وهكذا نجد أن المتكلم قبل البدء في الكلام يقوم بعمل سلسلة من العمليات العقلية، والعضوية والنفسية.

وسين Stonest (١٩٨٩) إن كل كلمة منطوقة بتأثيرها حالة وعي، أو إدراك خاص، فالكلمة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتأثيرها، وهذا الارتباط يبدأ من الكلمة إلى التمثيل، وقد يكون العكس من ذلك أي من التمثيل إلى الكلمة، فما أن تسمع الكلمة حتى تمتع الصورة الذهنية في الحال داخل ذهن الفرد، وعلى العكس من هذا، إذ أن أبحاث الصورة الذهنية داخل العقل يثير الكلمة، ولو لم تنطقها أعضاء لنطق

ويوضح النحلس (٢٠٠٦) أن مراحل إصدار الكلام هي:

- إنتاج هواء الزفير خلال فسيولوجية جهاز التنفس.
- إنتاج صوت القوّنيم من خلال فسيولوجية الحنجرة والثنايا الصوتية
- إنتاج صوت للقوّنيم من خلال فسيولوجية أعضاء النطق. والمحركات الصوتية.
- يتحول صوت القوّنيم إلى أصوات وألفاظ الكلام.
- ويذكر عبد الفتاح (٢٠٠٨) أن الكلام يمر بعدة مراحل ليصل للأخيرين وهي:
- مرحلة الاستقبال: عن طريق جهاز السمع.
- مرحلة المعالجة: التي تتم في المخ.
- مرحلة الإرسال: (ممارسة الكلام).
- ويضيف حسيب (٢٠٠٧) أن عملية الكلام تمر بمجموعة من المراحل هي:
- استقبال الأصوات واللوحى بها وتمييزها وإدراكها.
- المعالجة الأولية عن طريق حاسة السمع ويتم تحويل التأثيرات الصوتية

إلى تيمرات كيميائية، ونيضات عصبية ينقلها العصب السمعي إلى مخ حيث مرحلة المعالجة الأساسية التي يتم فيها تسجيل وفهم واحتران هذه النبضات العصبية.

• ممارسة الكلام من خلال أجهزة النطق فتظهر الأصوات، والمقاطع الصوتية، والكلمات المفردة، والجمل البسيطة، والكلام المستمر كما يشير العزة إلى أن الكلام عبارة عن فعل حركي، ولذلك فهو يحتاج إلى التنسيق بين أربع عمليات رئيسية هي:

- ١- التنفس. ويهيئ ذلك توفير التيار الهوائي اللازم للنطق.
- ٢- إخراج الأصوات: أي إخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، الأحبال الصوتية
- ٣- رنين الصوت: أي تغيير الموجة الصوتية نتيجة حركة الشببات الصوتية، واتلاء أعلى الحلق بالهواء.
- ٤- نطق الحروف: أي استخدام الشفاه، واللسان، والأصان. الحلق لإخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام.

وتوضع وفاء البية (١٩٩٤) أن هناك بعض الكلمات عند المتكلم وعبد السمع تكون مرتبطة بصورة ذهنية عقلية لغوية لا تكتسب وجوداً حقيقياً مجسداً بصورة طبيعية إلا عن طريق الكلام، فالصورة الذهنية الإيجابية تنتج دفعة تنفسية زهيرة قوية تساعد على إحداث الصوت الكلامي الصحيح، والصورة الذهنية السلبية تنتج دفعة تنفسية زهرية ضعيفة ومضطربة، تؤثر على إصدار الصوت الكلامي بشكل مضطرب، يترجم الكلام بوضوح اختلال الفسيولوجية والتنفسية للمتكلم حيث تؤثر الاضطرابات المختلفة على أجهزة وأعضاء الكلام، ولذلك يتأثر الكلام تأثيراً مباشراً تبعاً للحالة التنفسية للمتكلم.

كما سبق يتضح أن الكلام عملية معقدة تعتمد على العديد من الآليات الداخلية المتداخلة كالفهم، والإدراك، ونسبة الذكاء، وسلامة أعضاء النطق، والكلام جميعاً، ومضارح الحروف، والكلمات، وأيضا سلامة الفرد نفسياً، واجتماعياً،

كما أن تعرض الفرد لأي خلل عضوي، أو مؤثرات نفسية، واجتماعية قد تؤدي بالتالي إلى اضطرابات الكلام مما يعنى إعاقة تواصله مع الآخرين، وبالتالي قد يتأثر الفرد جراء هذه الاضطرابات نفسياً، واجتماعياً إلى الدرجة التي تتطلب التدخل الطبي، والنفسى لمساعدته في التعامل مع هذه الاضطرابات.

الفصل الثاني

اضطرابات اللغة والكلام

أولاً - مفهوم اضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً - أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهرها.

ثالثاً - نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثاني

اضطرابات اللغة والكلام

مقدمة

شهدت دراسة اضطرابات اللغة والكلام عند الأطفال تطورات كبيرة مؤخراً، تتعلق بأساليب وفرضيات دراسة ومعالجة هذه الاضطرابات حيث بدأ الاهتمام بالكثير لدى الباحثين في هذا المجال باللجوء إلى التحليل الوصفي، وفرضيات لسيرية العومولوجية، لدراسة مشكلة الاضطراب اللغوي ومعرفة أسبابها، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها.

وتعتبر اضطرابات اللغة والكلام من أحدث ميادين التربية الخاصة وأسرعها تطور وذلك بسبب الاهتمام الزائد من قبل الوالدين والمهتمين بمشكلة الأطفال الذين يظهرون مشكلات لغوية وكلامية.

ويتفق معظم علماء النفس على أن مجال اضطرابات اللغة والكلام من أهم المجالات التي كان إيقاع التطور فيها مطرداً ومتعاطلاً خلال فواخر القرن الماضي حيث إن اضطرابات اللغة والكلام تعد من الاضطرابات التي تؤثر في مجالات الحياة المختلفة وتلازم الطفل في مواقفته الحياتية المختلفة.

ودرس اللغة ومشأتها هي إحدى تطبيقات علم النفس اللغوي أو سيكولوجية لغة The psychology of language كما أن نظرية تشومسكي في النحو التوليدي (التحويلي) generative transformations—syntax هي أول من دفع علماء النفس إلى إعادة النظر في المدخل الكلي لدراسة السلوك المعنوي وكانت مؤشراً لفورة النفس لغوية وزيادة الاهتمام بعلم النفس اللغوي (Psycholinguistic)، سيكولوجية اللغة هي ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يهتم بدراسة العلاقة بين علم النفس وعلموه، والذي يعتبره علماء النفس واحداً من أهم فروع علم النفس

ويكاد يجمع علماء النحس على أن تحديد موعد دقيق يتطابق فيه الطغس أولى كلمات حياته هو أمر عسير، ولكن معظم الملاحظات تشير إلى أن الشهرين الحادي عشر والثاني عشر من السنة الأولى هما بداية ذلك بالنسبة للطفل العادي، ولكن النطق قد يتأخر ليصل إلى ١٥ شهراً أحياناً وهذا لا يهدهو إلى القلق، لكن أثناء تطور نطق الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، قد يضطرب نطقه، ويعاني فيه من مشكلات، وهنا تظهر الفروق الفردية بين الأطفال، فبينما قد نجد بعض الأطفال يستطيعون نطق جميع الأصوات الساكنة في عمر الرابعة، إلا أن البعض منهم يتأخر إلى ما بعد ذلك، إذ أن نضج أجهزة النطق والجهار المعصبي قد تنفدت من طفل إلى آخر (البيلادي).

وقبل أن نبدأ في تعريف اضطرابات اللغة والكلام وعصائصها وأنواعها تشخيصها ثم علاجها لابد أن نلقى نظرة تاريخية عامة عن نشأة وتطور علاج عيوب اللغة والكلام

إن مشكلة الإضطرابات اللغوية الكلامية، لها تاريخ حيث ساهم الكثير من العلماء في تطوير علاج إضطرابات اللغة والكلام، وتقديمه، والذي يشمل تشريح وظائف أعضاء الكلام إلى جانب دراسة سمعيات وإدراك الكلام واللغة والذاكرة، كما يهتم المتخصصون في علاج اضطرابات اللغة والكلام بإضطرابات الكلام وأسبابها وطرق علاجها، ومن أوائل الباحثين في هذا المجال هون كمنين والذي صمم عام ١٧٧٨ أول جهاز لتحليل تردد الأصوات كما تعتبر العيادة الإكسيكية لعلاج إضطرابات الكلام التي أنشأها كون بألمانيا عام ١٨٨٦ من أوائل العيادات المتخصصة لعلاج إضطرابات اللغة والكلام ويرجع الفضل للعالم الألماني هيدموني ١٨٢١ في وضع مبادئ طبيعة الكلام مثل تشكيل الهواء الخارج من الأحبال الصوتية وتوافقيات الحروف ومهمة البلعوم والحنجرة، كما كان جهود عالم الصوتيات الإنجليزي هنري سويت، ١٨٤٥ أكبر الأثر في تطور علم الصوتيات فهو أول من وضع الأبجدية الصوتية العالمية والتي نشرها عام ١٨٧٧ في كتابه Hand Book of phonetics وأول من وضع وطور مقياس للسمع Audigram هو لعالم الهولندي ألكسندر جراهام بل ١٨٤٧، وفي عام ١٩٥٩ أنشأ أول قسم خاص لعلاج عيوب الكلام في جامعة نيوكاسل.

وفي أيرلندا بدأ علاج أمراض الكلام عام ١٩٤٥ وفي عام ١٩٦١ أظهر مسح مدى قامت به وزلوة الصحة بها أن ١٪ من طلاب المدارس يحتاجون لخدمات تعاضب (رشاد، ٢٠٠٣).

لا أننا نعانى من نقص واضح في الإحصائيات الحديثة في مجتمعنا التعرف بدقة على نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام خلال المراحل العمرية المختلفة، وأهمها على وجه التحديد مرحلة الطفولة المبكرة، حتى تتمكن من إجراء تدخلات مبكر لتتناسب لكل حالة.

أولاً- مفهوم اضطرابات اللغة والكلام

تعد اضطرابات اللغة والكلام أخطاء كلامية تنتج عن أخطاء في حركة اللسان والشفاه واللسان أو عدم تسلسلها بشركة مناسب.

ومن الواضح أن في سن الطفولة المبكرة تختلف لغتهم عن لغة الراشدين، إذ أنها تتميز بلفظيات مختلفة وتدل معايير النمو على أن الطفل العادي يستطيع أن يتخلص تماماً من العيوب اللغوية فيما بين الرابعة والسادسة وإذا لم يتخلص منها في هذه السن كان مضطرباً في كلامه.

وقد عرف Pomeroy (١٩٨١) اضطرابات اللغة والكلام بأنها «عدم قدرة الطفل على نمرة الكلام بصورة عادية تناسب عمره الزمني وبوعه، وقد يتمثل ذلك في صعوبة نطق أصوات الكلام أو تركيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة. أو عدم تركيب الكلمات في صورة جمل مفهومة، عدم استخدام الكلام بصورة فاعلة في عملية التواصل مع الآخرين» (عبد العزيز والشخص، ١٩٩٧).

ويعرف اضطرابات اللغة والكلام بأنها «اضطراب طويل المدى في إنتاج الكلام أو في إدراكه وبالتالي فإن الكلام المضطرب هو الكلام الذي ينحرف عن كلام الآخرين، ويكون لافتاً للانتباه بسبب سوء التوافق بين التكلم وبينه الاجتماعية وقد تكون هذه الاضطرابات ذات أساس عضوي أو وظيفي».

وقد عرف بالمر وينتيس Palmer & Yantes (١٩٩٠) الكلام المضطرب بأنه استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة المعتادة.

أما فيصل الزراد (١٩٩٠) فيعرف اضطراب اللغة والكلام بأنها «اضطراب يتعلق بمجرى الكلام أو الحديث، ومحتواه، ومدلوله، ومعناه، وشكله، وسبق وترابطه مع الأفكار والأهداف، ومدى فهمه من الآخرين، وأسلوب الحديث، والألفاظ المستخدمة، بمعنى أنها تدور حول محتوى الكلام ومفرداته واستخدام ذلك مع الموضوع المعطى والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم»

ويعرف عبد العزيز للشخصي والدماطي (١٩٩٣) اضطرابات اللغة والكلام بأنها: «عدم قدرة الفرد على إصدار اللغة بالصورة السليمة، وذلك نتيجة لمشكلات في التناسق العضلي، أو عيب في مخارج أصوات الحروف، أو الضعف في الكفاءة الصوتية، أو نوجود أي خلل عضوي».

أما مهل Mahl فيشير إلى أن «كلام الفرد يمد مضطرباً إذا انصرف اهتمامه عما يقول بحيث يركز على كيفية نطق الأصوات الكلامية وطريقة التعبير عن الأفكار» (عبد لميز الشخص، ١٩٩٧).

وأيضا عرف أرام Aram اضطرابات والكلام بأنه «سلوك لغوي مضطرب يعود إلى تعطيل وظيفة معالجة اللغة، التي تظهر على شكل أنماط مختلفة من الأداء، وتشكل بواسطة الظروف المحيطة في المكان الذي تظهر فيه وأخرون

والكلام غير السوي هو الكلام الذي يتصرف عن كلام الآخرين بدرجة تجذب الإنتباه. ويعوق الاتصال، أو يسبب حالة من الضيق والتوتر للمتحدث، أو يستمع أي أنه يمثل نتيجة الكلام، ولا يرجع لأسباب خاصة بأعضاء الجسم، وعليه فإن الكلام المضطرب هو الذي يكون غير واضح، وغير مفهوم للسامع، وبسبب سوء التوافق بين المتكلم.

يتضح مما سبق على أن اضطرابات اللغة والكلام تتعلق بمجرى الكلام، وشكله، وسياقه، وترابطه، ومدى فهم الآخرين له.

وأنها عبارة عن انحراف الكلام عن المعنى المقبول للكلام العادي، أو استجابة كلامية تختلف بدرجة ملحوظة عن الاستجابات الكلامية الشائعة بين الأفراد من حيث الخصائص الصوتية المسموعة.

ثانياً أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها:

تعتبر اللغة وسيلة هامة للتوافق الاجتماعي، وأنطلاقة اللسان من ما تتميز به الشخصية الناضجة، ولكن قد تمنع هذه الانطلاقة اضطرابات اللغة والكلام، ويمكن أن تنقسم هذه الاضطرابات إلى:

١- اضطرابات النطق.

٢- اضطرابات الكلام.

٣- اضطرابات الصوت.

وسنعرض هذه الاضطرابات بشكل عام ثم سنعرض لاضطرابات لساننا، ولنعتمد بالتفصيل.

(١) اضطرابات النطق

تظهر على أنها صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة لصحيحة وتحدث في الحروف المتحركة أو الساكنة وتعتبر عيوب النطق أكثر أشكال الاضطرابات شيوعاً ومن هذه العيوب:

أ- الحذف Omission: يحدث الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تنصحبها الكلمة ثم ينطق جزءاً فقط، وقد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت فيصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق

ب- الإبدال Substitution: حيث يتم إصدار صوت غير مناسب بدلاً من الصوت المرغوب فيه كاستبدال (س) بحرف (ش، ث) أو استبدال (ر) بحرف (و) مثال: يخوف بدل خروف، وهو ما يعرف باللغة، ولعدم عيوب الإبدال أكثر شيوعاً في كلام الأطفال قبل السن وبين عيوب النطق الثابتة.

ج- التحريف Distortion: يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، وقد يعود ذلك لأن الهواء يأتي من المكان غير الصحيح أو لأن اللسان لا يكون في الوضع المناسب

وينتشر هذا النوع من الاضطرابات بين الأطفال الأكبر والرءسدين أكثر من الصغار

د- الإضافة Addition: ينطق الطفل الكلمة مع زيادة صوت ما إلى النطق لمصحيح وهي أقل للمربوب انتشاراً.

(٢) اضطرابات الكلام،

لا شك أن الكلام من أهم وسائل التواصل بالأعربن ويستدعى كونه عدة نوالقات عصبية دقيقة، يشترك في أدائها الجهاز التنفسي لتوفير التيار الهوائي للنطق، وإخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، والأحبال الصوتية والميكانيزم السمعى للتمييز بين الأصوات والمخ والجهاز العصبي السليم ونطق حروف مستخدم الإنسان والأسنان والشفاه ومنقب الحلق والصلب والرخو والفك.

أ- التأتأة Stuttering: احتباس في الكلام يعقبه انفجار للكلمة بب شمس الطفل مضطربة بعد معاناة تتمثل في حركات ارتعاشية وتعتبر طبيعية مر عمر ٢- ٥ سنوات بعد ذلك تحتاج لبرنامج علاجي نفسي وكلامى أشكائها

- تكرار الحرف أو الكلمة عدة مرات
- التوقف المفاجئ والطويل قبل نطق الحرف أو الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة
- إطالة النطق بالحرف قبل الذى يليه.

أسبابها

تعود في الغالب لمرحلة الطمولة المبكرة حيث يتأثر الطفل سلباً من محبة الزائدة أو الحرمان العاطفى وتضارب أساليب التربية داخل الأسرة والشفاه للمائلى وكثرة المحاول والسخرية التى تعرض لها الطفل.

ب- التأتأة: وهى عدمطلاقة فى سيولة الكلام بشكل يلفت النظر، مما يعيق التحدث مع الآخرين، والمتأثىء يكرر حرفاً أو مقطعاً بشكل لا إرءى،

مصحوباً بانحطاب في التنفس وحر كآب في اللسان مما يسبب له احتحل والارتباط والعزلة وتنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث.

ج- اللثغة Stammering. وهي استبدال حرف بحرف مثال: ساحة (لثغة) كورة (تور) ومرد ذلك عامل التقليد أو وجود تشوهات في الفم واللسان أو بسبب عوامل نفسية أو اجتماعية

د- الصوصة الزائدة هي Chattering الكلام مضغوطاً يعتمد على المستمع فهم ما يقال، لعدم وجود تناسق بين الناحية العقلية والناحية اللفظية، ويكون العلاج بتنظيم عملية التفكير لدى المريض معرض صورة أمامه وعليه أن يراعى لترتيب المنطق أثناء عرض الأحداث الواردة فيها

هـ قاحو الكلام: يدخل عامل الوراثة والقدرة العقلية والسمعية وجمعية العائلة وعامل الجنس دوراً في تأخر الكلام، فالتأخر أكثر تقدماً في عملية الكلام بسبب فترة الوقت الذي تقتضيه البنت بجانب أمها أكثر من الذكور الذين يتصرفون للعب.

و- الحبسة Aphasia: تتأثر بعض مراكز اللغة في الدماغ نتيجة انحصار للمحادثات أو انسداد في شرايين الدماغ مما يؤدي إلى ما يعرف بالحبسة وتبطل القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة منها أو عدم القدرة على إيجاد الأسماء ومراكز القواعد النحوية، ومن أنواعها: الحبسة اللفظية والحبسة والنسيانية والكليّة.

• عصر الكلام (أبوا كسيا) عدم التحكم وإنتاج الكلام نتيجة عدم مقدرة على التنسيق بين الجهاز العصبي والمغلي. مثل حالات الشلل الدماغى حيث يجب التدريب لأعضاء الحلق التي يصعب تحريكها بالاستماعة بأعصاني الشلس والعلاج الطبيعي، وفي بعض الحالات يصعب الوصول إلى نتيجة مرضية فلنلجأ إلى وسائل التواصل البديلة كالإشارات.

٢١. اضطرابات الصوت:

ويتضمن أي اضطراب يختص بعلو الصوت أو انخفاضه أو خشونه بشكل غير سوى ويمكن أن نحدد هذه المشكلات بما يلي:

أ- مشكلات في التنعيم للصوت كالصوت المرتعش أو الخافت والرتيب

ب- مشكلات في شدة الصوت كالصوت الحشن والصوت الأنفني وحة الصوت

ج- الحنمنة Rhinolalia: وهو خروج الكلام من الأنف بصورة مشوهة غير مأثوفة، فيطلق حرف (الميم) بآء أو دال، بسبب وجود فجوة هي أعلى الحلق أو سد فتحات الأنف.

ويوجد تصنيف آخر لاضطرابات النطق والكلام على النحو التالي:

(١) اضطراب تشوش انسياب الكلام Cluttering Disorder

هو فقدان الطفل القدرة على تتابع الكلام بإيقاع ومعدل متوازن مفهوم بحيث يبدو يقاع الكلام سريعاً وشاذاً بطريقة تعوق وضوحه، مع ظهور ترتيب تركيب نحوية خاطئة، وانفجارات للكلام بمجموعات من الكلام لا تمت إلى التركيب المعنى للحكمة، ويكون الطفل غير واع يعيوب التواصل لديه، ويهدف بعض المقاطع أو يستبدلها، ويخطئ في التعبير اللفظي، ولديه زلات لسان تفقد تركيب جملة المعنى السليم.

وهذا الإضطراب يبدأ لدى بعض الأطفال في الفترة العمرية ٥-٨ سنوات، وتظهر شدته تحت تأثير الضغوط النفسية. أما إذا ظهر في عمر العامين أو أكثر فليلاً فيعتبر الأمر ليس باضطراب، أو ما يسميه البعض اضطراباً طبيعياً لانسياب الكلام، ويختلف هذا الإضطراب عن الثأأة وأقل منها في نسبة انتشاره بين الأطفال

أسبابه

حتى الوقت الحاضر لم تكتشف أسباب محددة، ولكن انتشاره بين أفراد الأسرة الواحدة عن عامة الناس يشير إلى عوامل وراثية

أساليب التفهيم على اضطراب تشوش انسياب الكلام

ما يقرب من ٦٥٪ من الأطفال الذين يميزهم هذا الاضطراب يتم وصولهم إلى المستوى الطبيعي للكلام مع بداية المراهقة.

ولكن إذ صاحب هذا الاضطراب متغيرات أخرى مثل الاكتئاب أو الانطوائية والعزلة لزم الأمر علاجاً نفسياً للطفل، إن لم يكن لإرشاداً أسرياً.

(٢) البكم المتعمد Elective Mutesm

يعتمد فئة من الأطفال عدم الكلام، أو التوقف عن الكلام فيفضل الصمت وعدم التحدث وعدم الاستجابة لأي حوار، وعدم الإجابة على أي سؤال هو الظاهر على الطفل على الرغم من أنه كامل الوعي ومطلق الحرية والإرادة، وغالباً ما يكون لطفل مصحى الرأس لا يعلق فيمن حوله، تافراً إلى الأرض أو إلى أي اتجاه بعيداً عن محاول التحدث إليه، وربما حجب وجهه وعينه بيديه أو مرفقيه أو يتواصل بواسطة الإيماءات أو مقاطع كلامية مختصرة، والطفل الذى يلرس البكم المتعمد له مستوى طبيعى من الذكاء والتفكير، وقدرة طبيعية على الكلام وكامل الخواص وليس هناك دلائل على اضطراب جهازه العصبى. ويلاحظ أن الطفل إما يظل صامتاً داخل المدرسة ويتحدث في المنزل مع شخص محبب إليه أحياناً مثل الأم، أو العكس

وهناك حالات شديدة من البكم المتعمد يمتنع الطفل معها عن الكلام مع أى شخص. وقد تمت ظاهرة الامتناع عن الكلام إلى مواجهة سلبية واسعة تشمل الابتسام والابتهاج والنظر للأغربين بل وأحياناً الطعام والشراب، وهذه الظاهرة نادرة الحدوث، وإن ظهرت فتفى الغالب لدى الأطفال في الفئة العمرية ٣-١٠ سنوات، وينقل الأمر أسابيع قليلة أو أياماً، أو شهوراً وربما ساعات، ويأخذ ما يظل سنوات، ونسبة أقل من ١٪ من المحولين إلى عيادات الإرشاد النفسى لديهم هذا الاضطراب.

إن سبب البكم المتعمد اضطراب نفسى، وهو مؤشر على صراعات نفسية داخل الطفل، وقد تكون نتيجة لإحساس الطفل المتزايد بالقلق الشديد حول

عمره. لمحتمل عن التعبير الصحيح في مكان تشتد فيه وطأة خيرة نفسية أو ضغط نفسي كالروضة أو الحضانة. إن حالات الخوف من الروضة أو المدرسة يجد أن الإضطرابات المعوية يمكن أن تكمن خلف تلك الحالة

هذا إلى جانب أن التعرض لصدمات نفسية أو الأمراض التي تسببت في دخولهم المستشفى أو مشاكل أبوية أو علاقات زوجية، أو الأم المسيطرة أيضاً من العوامل التي يمكن أن تكون كلغة محلف هذا الإضطراب. ويتخذ الطفل الصمت محاولة للدفاع عن النفس وسلاحاً يعاقب به غيره، وهناك أسباب واضحة لهذه الحالة مثل فراق أحد الوالدين أو مرضه... أو ظهور شخص جديد في المنزل أو عدم تلبية أغلب رغبات الطفل.. أو تغيير مكان السكن القريب من الأصدقاء المحبين، وإذا كان الأمر قد ينشأ ربما لقشل دراسي إلا أنه قد يكون بسبب أن يصبح العصر كبش فداء لأصدقائه يقيطونه ويستخرون منه.

أساليب التعامل على النحو المتعمد:

يجب دراسة طبيعة التفاعل والعلاقات داخل أسرة الطفل، لتحديد الأسباب أو الإتصال بالروضة أو المدرسة للكشف عن بعض الاحتمالات. ويقيد العلاج الفردي للطفل في جلسات باللعب أو الرسم

ودك لتحقيق من شدة الضغط في أجواء المنزل والروضة أو المدرسة، مما يؤدي بالطفل إلى الإسترخاء وإنخفاض حدة القلق وإسياب الكلام

ومن طرق العلاج السلوكي حرمان الطفل من أشياء محببة إذا استمر صمته. وكثيراً ما تكون هذه الطريقة ناجحة وخاصة إذا فشلت أساليب تخفيف شدة الضغط المنزلي أو المدرسي مع الطفل.

(٢) التأتأة - هي Stuttering, Stammering

هي تردد أو تقطع في نطق الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير، والصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو حروفها الأولى، بالتوقف أو محاولة الإطالة بها لتنتقع الحروف، ويحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة، فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة، وإن كان غالباً ما يصبح الكلام منتقع

مفهوماً لتسماع، بالرغم من إصابة سلسلة وإيقاع الكلام بانسدادات أو تكرارات تنفس المقطع، وذلك بسبب تشنج ذبذبات الصوت والتنفس، وأحياناً تعصب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمش بشدة في العين، أو الغمز أو لرشة للشفنتين أو للوجه أو هز الرأس. ويكون الطفل غير واع بها في البداية، ويجرد وهي يبدأ آليات التجنب، وتظهر الاستجابات الحركية والانفعالية.

وهناك الثأنة البسيطة في تردد وإعادة الألفاظ أو الحروف، والثأنة الشديدة التي تظهر في صورة توقف لإنسياب الكلام، وانقطاع تربط الحديث، وقد تحدث الصعوبة في اللفظ بأوقات متباعدة

ومن الأطفال المتأثرين من الغناء ويدون أى صمويات مثلما يظهر عليهم أثناء الكلام.

والثأنة تظهر على ما يقرب من ١٪ من الناس عموماً أغلبهم من الأطفال وهناك حوالي ٤٠٪ من الأطفال الأسوياء يتأثرون أو يتلعثون في الكلام في يوم معين من الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع الذي يلي العطلة، واليوم الذي يلي العيد، كما أن بعض الأطفال يتأثرون في وقت معين من النهار كأوقات سؤال المعلمة لهم أو فراقهم بالألم. وقد لوحظ أن ٥٠٪ من لغارب للتأني من الدرجة الأولى يصيبون بالثأنة

كما أن الثأنة أكثر انتشاراً في المجتمعات الراقية أو للتقدمة عنها في المجتمعات البدائية وسبب ظهورها لدى النين مقارنة بالينات هي ٣: ١٠.

وتظهر الثأنة في العادة خلال الفئة العمرية ٣-١٠ سنوات وتكون البداية في ٩٨٪ من الحالات قبل سن العاشرة ولا تشخص قبل سن الثالثة، وغالباً ما يكون لطفل قبله عادياً قاماً وربما فصيحاً، ثم بدأت تظهر عليه بوادر التقطع والتردد أثناء كلامه بشكل تدريجي أو بصورة مفاجئة. وغالباً ما يكون ذكاء هؤلاء الأطفال مرتفعاً، وهناك اعتقاد بأن الأطفال أصحاب الذكاء الحاد أكثر عرضة لهذه الإضطراب، بينما يندر أن يظهر على الأطفال عقلياً والثأنة يمكن أن تظهر أيضاً لدى الكبار، ويمكن التمييز بين مراحل أربعة لتطور هذا الإضطراب.

المرحلة الأولى: وتظهر لدى أطفال الخامسة من العمر فأقل . وتكون التأتأة بصورة متقطعة بحيث لا تظهر على الطفل أى علامات لها خلال أسابيع أو أشهر ، وغالباً يسهل عودة الطفل إلى حالته الطبيعية ، إلا إذا استتير الطفل أو أجهد نفسياً .

المرحلة الثانية: وتظهر لدى الأطفال في الفئة العمرية ٦-١٢ سنة . وتكون التأتأة على أشدها في أنواع الكلام التي تشمل الاسم والفعل والصفات ، وبصورة ما يمكننا القول بأنها مزمنة ، وادراً ما يتخللها كلام طبيعي لفترة ضئيلة ثم العودة .

المرحلة الثالثة: وتظهر في مرحلة المراهقة ، وتكون التأتأة بصورة متقطعة نتيجة مواقف أو ظروف مثل التحدث أمام زملاء ، أو عند حل مسألة أمامهم ، أو عند التحدث في التليفون مع الغرباء .

المرحلة الرابعة: وتظهر في أواخر المراهقة ، وخلال المراحل العمرية التالية لرجال ، وتظهر التأتأة وعسر الكلام نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف تكون فيها الموجهة مع الآخرين .

إن ظاهرة التأتأة معروفة منذ القدم ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع منها

- التأتأة «التماضية» ، وتحدث في مرحلة الانتقال إلى المخارج لسهولة للكلمات بين عمر سنتين وأربع سنوات ، حيث يتغير نحو الكلام من الإطلاء إلى التوقف والتكرار .

- التأتأة «المحصنة» ، وتظهر لدى بعض الأطفال في فئة العمر ٣-١١ سنة وتزول تلقائياً في مدة تتراوح بين ٦ أشهر و٦ سنوات .

- التأتأة «الثابتة» ، تظهر لدى بعض الأطفال في الفئة العمرية ٣-٨ سنوات ، وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة .

أسباب التأتأة

١- أسباب عضوية : تعود إلى الجهاز العصبي المركزي وخاصة نصفي المخ ، وارتباك في توزيع الكلام بين نصفي المخ ، كما يعتقد بأن السبب يعود إلى خلل في ميكانيكية استماع الإنسان لصوته ، فهو لا يسمع صوته بالسرعة

التي يسميها الإنسان العادي، بل يسمع صوته متأخراً بعض الشيء كما يعتقد أحياناً في وجود ارتباط في ميكانكية هذه الكلام. وهناك بعض الدلائل على أن الأطفال يربطون هذا الاستعداد.

٢- أسباب نفسية: وهي الأخطب في تفسير هذا الإضطراب ومن هذه الأسباب الوسواس القهري الذي يلم بالفرد فيجعله غير قادر على النطق بسبب شدة وسوسته حول نوع الكلام وكيفية استخراج مقاطع الكلمات، فضلاً عن أن كل شخص مصاب بالتأتأة يزداد ارتباكاً، التوتر والقلق. ويتكرر الخطأ ثم المخرج أثناء الحديث يتمدد الأمر وتصبح أخطب مواقف محرجة. وعند مستوى معين من الإثارة فإن أي متحدث سوف يجد نفسه غير قادر على السيطرة الإرادية اللازمة لإخراج الكلمات بطريقة طبيعية.

وهناك من يرجع التأتأة إلى مشكلات أسرية في الأصل انعكست على الطفل بعد أن مر بها كضيق الأم أو انفصال الوالدين.

وفد يكون ظهور التأتأة مرتبطاً بالخوف أو الرعب أو الإحباط في الامتحانات. أو التعرض لحوادث.

ويشير علماء التحليل النفسي إلى أن التأتأة ما هي إلا عرض عصبي تكمن خلفه رغبات عدوانية مكبوتة، حيث يتكهن الفرد إلى المرحلة الشرجية، ويعيش صراعاً بين الرغبة للشعورية في أن يتكلم وحموه لا شعورية بعدم الكلام، ويبدو أن الكلام فعل عدواني موجه ضد من يسمع. وتكون التأتأة تأجيلاً مؤقتاً لهذا العدوان، وتصبح التأتأة إخراجاً يعقبه إيقاف للكلام، ثم إخراجاً متأخراً للكلام يعقبه إيقاف لهذا الكلام أي للعدوان. وإن كان من المحتمل أن يصبح للتأتأة دوراً في إجهاد السامع، وهذا في حد ذاته نوع من العدوان غير المباشر عليه، وأرجع بعض علماء علم النفس الأمر إلى نكوص ليس إلى المرحلة الشرجية فحسب بل إلى المرحلة النفسية، حيث تصبح النزعة للعدوانية الخطيرة مرتبطة بالغم (عوض - قسم)، حيث يكون الغم هو المنبر عن القلق في هذه المرحلة.

٣- أسباب بيئية: كم من طفل ثبت بعد عامه الثاني أو الثالث على نطقه

الطعمى Baby Talk لمدة سنوات وربما حتى المراهقة، لأن من حوله
شجعوه على استخدام تلك الكلمات وهذا الأسلوب

وهناك، حتراس بأن هناك حتبة Thershold بعدها تشوه السيطرة الحركية
للتطق، ويمكن أن يكون الأطفال عرضة للتأناة إما لأن لديهم حتبة منخفضة، أو
لوجود بيئة ذات عوامل مشوكة أو غير طبيعية.

أصاليب التغلب على التأناة

أن ما يقرب من 40% من الأطفال المصابين بالتأناة يعودون إلى حالتهم الطبيعية
دون أى تدخل ويحسن تلقائياً نسبة سراوح بين 50% و 80% قبل بلوغ السادسة
عشر من العمر نسبة التحسن أفضل لدى الإناث منه لدى الذكور إلا أن من
الهم

- ١- شغل ذهن الطفل بأن مشكلته تنتهى وسوف يتكلم بصورة طبيعية
- ٢ استخدام الطفل للكلام البطين مع الإيقاع أو الموسيقى باستخدام اليدين
أو آلة موسيقية.
- ٣ استخدام بعض تقنيات علاج صعوبات التخاطب التى تستخدم من
قبل إحصائى، ومنها ما يسمى بتقنية تيار الهواء، وذلك بإرشاد الطفل
مأن يتعلم طريقة خاصة فى الشهيق والزفير من شأنها إحداث رتداء فى
الاحبال الصوتية مما يجعل الطفل يتغلب على مشكلته تدريجياً، وينصح
عليه ذلك وتوجد معادلات لقياس شدة التأناة تأخذ فى الاعتبار متغيرات:
تكرار التأناة وزمانها والتوتر والتجنب. وهناك أسلوب التردد أو الاقتداء
Shadddowing ضمن العلاج السلوكى.

- ٤- محاولة تحسين الوضع النفسى للطفل إذا كان الاضطراب إثر صدمة
نفسية، وذلك باستشارة الإحصائى، ولن يكون ذلك قبل فحص الطفل
نفسياً للكشف عن الصراعات ومحاولة إعادة الثقة إليه.
- ٥- هناك بعض المقايير الحديثة تستخدم لملاح الاضطرابات انفسية
ونعكس آثارها على اختفاء تأناة الكلام لدى الطفل، ولكن مآدر ما يلعبها

إلى مثل هذه العقاقير، وإن كانت طرق العلاج النفسي والإرشاد الأسمى أثبتت فاعليتها عن الكثير من العقاقير.

٦- يجب التنبيه جيداً أثناء مراحل غولفة الطفل، ومحاولة تشجيع كل محاولة للكلام مع عدم التصحيح له مباشرة وبسوء بل بالنصح والإرشاد، أو التريث بأن أعمال تستوجب استعمالهم لهذه الكلمات أمام الطفل، وبصفة الثقة في نفس الطفل على أنه يمكنه أن يقول وأن يتكلم. إن علينا أن نجعل الطفل يشعر في محاولاته متعة مصحوبة بالمفخر والإنجاز.

٧- اشتراك الطفل في الأنشطة الجماعية، وإتاحة فرص التفاعل الاجتماعي، مع عدم السخرية أو التهكم بالميوب اللغظية في حديث الطفل، أو عدم زجره أمام الزملاء بالمدرسة. بل تشجيع الطفل على الكلام وسط الجماعة دون عجل.

٨- عدم النظر إلى التأتأة على أنها أمر خطير مما ينعكس في صورة قلق على الأباء يستشفه الأبناء.

٩- عدم إجبار الطفل على سرعة الاستجابة بينما هو في حالة قزع أو حوف أو توتر نفسي أو إرغامه على الصمت إذا كان يصرخ.

ومن المتعارف عليه أنه قبل تناول الإضطراب بالعلاج فمن الضروري أن ننظر إلى الأعراض بالتشخيص والتخصص بالبحث عن مصاحبات التأتأة وأعراضها، ويجب أن يكون واضحاً أن التأتأة تختلف عن اضطراب تشوش انساب الكلام الذي يبدو في معدل الكلام.

(٢) بكمز الرهاب Phobic Speech Disorders

الرهاب هي حالة من الخوف والذعر الشديد الذي ينتاب الطفل بسبب يبدو واضحاً ولكنه غير معقول أو متناسب مع الإثارة، وتتدرج الحالة من الخوف من الحشرات أو الحيوانات الأليفة إلى درجة رعب من الناس، ويصبح الطفل مع هذه الحالة غير قادر على الكلام أو ما ينبغي أن يقال.

ومن حالات الرهاب الشهيرة عند الأطفال حالة الرهاب الاجتماعي Soc.a.

Phobia وهو خوف من مواجهة الناس سواء كانت مجموعة قليلة أو المجتمع ككل، بحيث يصبح وجود الناس حول الطفل أمراً مثيراً للذعر والخوف.

إن هذا النوع من الرهاب يؤثر بشكل مباشر على قدرة الطفل على الكلام وبخاصة أنه في حالة من الانفعال والخوف، فأتناء ذلك يكون مشوش التفكير غير قادر على إدراك ما يقال ولا واع بما يبغى أن يحدث، فيصاب بالكم الرهبي من حدة الانفعال، بالرغم من أنه طفل عادي يتمتع بقدرات عادية تمكنه من الفهم والتعبير في الأوقات العادية والأمراً لا يتمدى موقف الخوف.

الأسباب

التعرض لموقف عصيب لا يستطيع أن يتصالح فيه مع من حوله، ويكون احد هو الخوف من مواجهة الموقف والرغبة منه.

أساليب التعامل على حكم الرهاب

إن علاج هذا النوع من اضطرابات الكلام يتطلب علاج السبب الرئيسي وهو حالة الرهاب، مثل الدمج في مجموعات الأنشطة الجماعية مع كثير وصغار. وتعزيز سلوك الطفل الإيجابي في التعامل، وهناك أساليب سلوكية ونفسية نعالج هذه الحالة.

(٤) اللثقة

هي صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية، وهناك بعض حروف أشد تأثيراً من غيرها في صوب النطق من أهمها (راء) فقد يلفظه بعض الأطفال (لام) وربما قلبت لدى بعض الأطفال (راء) إلى (ضاض)

وربما نطق بعض الأطفال حرف (السين) كحرف (الثاء)، وكذلك (الزاي) في حين كانت (ذال).

أسباب اللثقة

١- لصعوبة في لفظ حرف الراء يعود إلى ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتعاده إلى أعلى قريباً من سقف الفم. ويهتر حركة منقومة يمر

عبرها الهواء المنفوخ من القصبة الهوائية . ويعود ضعف تحريك اللسان إلى كبر حجم اللسان أو وجود شقوق في سطحه كما في حالات الإحافة العقلية واضطرابات هرمون الغدة الدرقية .

٢- الصعوبة في لفظ حرف اللاء بشكل شائع .

أساليب العلاج على المثلثة

تدريب النطق بإشراف مدرب متمرس، وبخاصة إذا كنا أمام أطفال، ويمكن استخدام أجهزة التسجيل التي يستمع خلالها الطفل للنطق الصحيح .

(٥) البكم الهستيرى Hysterical Aphonia

الهستيريا من الحالات النفسية العصائية التي نادرًا ما تحدث في مرحلة الطفولة، وإن ظهرت لدى الإناث من الأطفال غالبًا، وتعتبر فيه الطفلة عن معاناتها الداخلية أو صراعاتها النفسية في صورة أعراض بدنية بطريقة لا شعورية، لتجاوز مواقف أو ظروفًا تختلط على البعض بحالات عضوية مثل التهابات الدماغ والسحايا، ومن الأعراض الهستيرية التي يعاني منها الطفل حالة البكم أو الخرس الهستيرى فيمتنع لطف عن الكلام، ويتنابه الصمت نهائيًا، وفي الغالب يصاحب هذا التوقف عن تحدث أعراض هستيرية أخرى كالإحساس بعدم الرؤية أو عدم السمع أو انعدام حركة أحد الأطراف .

إن الأطفال الذين يعانون من البكم الهستيرى يكونون في العادة هيرمكتين لما أصبحهم من عجز في الكلام، لأنهم يعرفون أنهم قادرون عليه متى حسم الموقف أو الظروف المثيرة لصاخمهم . وهذا ما يبدو واضحاً من كلامهم مع أنفسهم إذ تركبهم كلام مع نفسه أو مع لعبته التي يحبها، فتجده يرح ويتحدث بصوت هاس بصعب سماعه .

وتعرف ظاهرة عدم الاكتراث للعامة التي يقع فيها الطفل ومشاعره نحوها وظهور الامبالاة لا تتناسب مع عجزه المزعوم بالمصطلح Bell Indifference ويمكن اعتبار امتناع الطفل المؤقت عن الكلام (البكم المتعدد) حالة خاصة من البكم الهستيرى المؤقت .

أسباب البصيرى

- ١- تأزم المناخ النفسى الداخلى للطفل وتعرضه لضغط نفسى
- ٢- ضعف قدرات الطفل على مواجهة الشفوط العاطفية
- ٣- افتقار الطفل للوسائل التى تواجه تهديدات الأهل أو من يرعاه.
- ٤- قلق الأهل على حكم الطفل أكثر ضراوة من اهتمام الطفل بمشكلاته وجمعه
- يشمادى حتى تحسم الأمور لصالحه.

أساليب التعامل على البصيرى

- ١- يجب إتاحة الفرصة للطفل لاستخدام سلاحه هذا، لأن إرضائه على التخلي عن حكمه قد يؤدي به إلى استخدام أساليب أشد قسوة.
- ٢ لا يجب اتهام الطفل علناً بالكذب أو التحليل أو التصنع أو التمارع، كما لا يجب التعامل معه بتدليل مفرط أو حماية زائدة.
- ٣ عدم إحاطة الطفل بالهلع والخوف عليه أو القلق على حالته، لأن ذلك قد يؤدي إلى أضرار نفسية قوية فى البناء النفسى له.

(٦) اضطراب الكلام الذهاني

يصاب قلة من الأطفال أمراض تؤدي إلى ذهان حاد مفاجئ أو ذهاب مرمي، يعانى مريض عددا من اضطراب واعتلال ليس فى التوازن النفسى فقط بل والسوء العقلى، والطفل حينما يصبح مريضاً عقلياً قد يتكلم كلاماً غير مألوف، وأحياناً بلغة القدرة على التعبير اللفظى بالتدريج، فيتلاشى ما اكتسبه من معرفة باللغة والكلام، وربما ينتهى الأمر به إلى صمت مطلق بسبب عجزه عن الفهم والتعبير، وهذا الاعتلال يؤدي بالطفل إلى استخدام وسائل أخرى للفهم، مثل الإشارات وأحياناً البكاء أو الصراخ. وأحياناً يشهد اضطراب الكلام نتيجة للمرض العقلى أشكال أخرى كترديد كلمة واحدة أو مقطع واحد ودون توقف أو هذف. وقد يصاحب ذلك حركات غريبة باليد أو الكفين أو الوجه أو الفم والأنف.

الأسباب

ليست هناك أسباب محددة سوى أن بعض الأمراض التي تصيب الأطفال ربه أدت إلى اضطراب الكلام الذهاني، كما أن انطواء الطفل على نفسه وبعده عن الأقران والإخوة وعدم التفاعل مع الكبار تفقد توظيف قدرته على الكلام.

أساليب التغلب على المشكلتين

يجب استشارة الأخصائي بشكل مبكر لأن غالباً ما يكون تأرجيح مشاعر الأطفال واضطراب أحاسيسهم عائقاً مؤقتاً في تدبير الحديث والكلام، فإذا استمر الإضطراب فإنه يؤثر على النمو العقلي.

(٧) القنطرة (القنطرة)

هي تضخيم بعض الكلمات عند التلقين بها، مما يقضى على وضوحها، أو يكون سبباً في تشويهها، ويبدو الطفل أثناء كلامه، كأنه يعاني من زكام دائم، وتظهر صعوبة إحداثه للأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن.

أسباب القنطرة

تأتي من تشوه أعلى الحلق (قجوة أو شق) أو التهاب الجيوب الأنفية، أو التهاب اللوزتين وانتفاخهما.

وتحدث فجوة أعلى الحلق نتيجة تعرض الجنين في الأشهر الأولى من عمره إلى عدم التام الأنسجة التي يتكون منها الحلق

أساليب التغلب على القنطرة

١- عرض الطفل على متخصص لمعرفة ما إذا كان السبب عضوياً وتشخيصه ومعالجته.

٢- تدريب الطفل على الكلام وفق خطة يضمنها المتخصص في اضطرابات الكلام.

٣- عدم السخرية والضحك على طريقة الطفل في الكلام.

٤- يمكن إجراء عمليات جراحية ميكرو لسد فجوة الحلق مما يسر على الطفل التدريب على النطق السليم.

(أ) الثناثاثة

وهي إبدال حرف السين أو الزين إلى ثاء.

أساليب الثناثاثة:

١- عدم انتظام الأسنان.

٢- تشوهات في الفك والشفيتين.

٣- انشقاق الشفة العليا.

٤- التثليد

أساليب التغلب على الثناثاثة

١- تدريب الطفل على النطق السليم والتمييز بين النطق السليم والتميز بين

النطق الخاطئ والنطق الصحيح باستخدام المرآة وجهاز التسجيل

٢- تدريب الطفل على نطق الحروف (س) أو (ز) منفصلة.

٣- تعويد الطفل على تحريك لسانه في أوضاع صحيحة عن طريق مدرب

متخصص.

يتصحح من العرض السليق اضطرابات اللغة والكلام ذات المشأ العسي، ولا يحفي بالأهمية النطق من تأثير على قدرة الطفل على التوافق العسي والاجتماعي، وهناك عوامل عضوية لها تأثيرها على كلام الأطفال. وتتوقف على جهاز اسطق في الإنسان Speech Appuritus ويتوزع في مناطق مختلفة من جسم الإنسان مثل المخ، و لنخاع الشوكي، والخنجرية والحبال الصوتية، وقنوات التنفس، والحنجرة الفم، وعظام الفكين، والأنف، واللسان، والشفيتين، ويجب عدم نسيان الهرمونات الخاصة بالنمو، والجوانب الوراثية.

وسوف نتناول اضطرابين لثناثاثة، Stuttering, Stammering والتلعثم باعتبارهما من أهم الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال. في جميع المجتمعات سواء الأوربية أو أمريكية أو عالمنا العربي، فالثناثاثة لها وجود عمل انفعالية واجتماعية وأثر سلبية، على

من لديهم هذا الإضطراب، كما أشارت لذلك الكثير من الدراسات، كدراسة Pitch (1986) & Franstella، ودراسة كلاً من (1997) Silverman & Zimmer والتي أشارت إلى أن العجاجة أثار سلبية وعكسية على الثقة بالنفس وتقدير الذات. وكذلك دراسة (1976) والتي أجمعت أن التأتأة لها أثر سلبي وعكسي بالنسبة لسلوك التأتأة، من كتنمية السلوك للمدوئي، وهناك الكثير من الدراسات التي تبين أن اضطرابات النطق والكلام، وخاصة التأتأة لها أثر سلبي على الجوانب النفسية والشخصية للفرد المتأنيء (مقبل للأكي، ١٩٩٥).

وكثيراً ما يستعمل مصطلحاً: (التأتأة)، والتلثم م كمترادفين، وهم اختلاف عرض كل منهما عن الآخر، ويعتبار أن التلثم حالة من حالات التأتأة ولذا من مهم التمييز بين هاتين الحالتين بعرض المثال الآتي:

- تَأْتَأَة : م م م محمد (نطق حرف الميم أو الحاء أكثر من مرة).
- فَتَاتَأَة : تتميز بالتردد ويتكرر سريع لعناصر الكلمة ويستتجبات عضلات التنفس أو النطق.
- تَلْتَم : م - توقف - محمد (نطق حرف الميم مرة واحدة، يليه توقف ثم إكمال الكلمة): أو - توقف ملحوظ - محمد (التوقف قبل نطق الكلمة، ثم نطقها في شكل دفعة واحدة) (٢٠٠٣).

التأتأة

كان لا اعتقاد السائد أن التأتأة، اضطراب عصبي أو تشريحي، لمشأ كان يعتقد أن تحويل طفل يكتب بيده اليسرى إلى طفل يكتب بيده اليمنى، يحدث اضطرابات في سيطرة أحد جانبي المخ، ويؤدي إلى نشأة التأتأة، ولكن أصبح علماء النفس الآن ينظرون إلى هذه الإضطرابات على أنها اضطرابات وظيفية (١٩٩٦).

وما تراث التأتأة Soutterang أكبر عنصر محير في معوقات الكلام هي الرغم من المحاولات الجادة في الدراسة عن ماهيتها وأسبابها وعلاجها، وهي من أشهر لإصعوبات الخاصة بطلاقة النطق.

وقسم المرمزوى التأتأة إلى قسمين هما:

١- التأتأة الوقية (milieu stuttering): ويقصد بها اضطراب طلاقة حديث
الذي لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية ذات الطبيعة الانفعالية.

٢- التأتأة الدائمة عبارة عن عرض عضوى صريح لاضطرابات في الشخصية
أو عرض لمرض نفسى أو ظاهرة تنفيس تركزت في عضلات جهاز
الصوتى (المرموزى، ١٩٩٤).

ويعرف أحمد هكاشة وأخرون (١٩٧٤) التأتأة بأنها: «انقطاع في سريان الإيقاع
طبيعى للكلام، وذلك لحداث تكرار غير طبيعى لهذا الانقطاع، بحيث بلغت
الإثناء بما يتدخل في عملية التواصل أو يسبب الحزن عند الشخص المتأثر» أو من
يستمع إليه»

وتعرف التأتأة في معجم علم النفس (١٩٨٥) بأنها: «إعادة وصعوبة في الكلام،
يقطع سببها الانسياب السلس للكلام، وذلك مع خلل أشكال مترادفة، والتكرار
السريع لأجزاء ومقاطع الكلام وتشنجات التنفس أو عضلات الإخراج الصوتية»
(مقل، ١٩٨٥).

كما وضعها الزراد (١٩٩٠) بأنها: «نوع من التردد والاضطراب في الكلام
حيث يردد الفرد المصاب حرفاً، أو مقطعاً، تردداً لا إرادياً مع عدم القدرة على
تجاوز ذلك المقطع إلى المقطع التالي، وتعتبر التأتأة حالة اهتزازية تشبه حالة «متفان
لسان حيث يحجز الفرد عن إخراج الكلمة أو المقطع إطلاقاً».

وتعرف التأتأة في الـ ICD - 10 (١٩٩٢) أنها كلام يتسم بتكرار متكرر وتطويل
سواء للأصوات أو للمقاطع أو للكلمات، ويكون إما بترددات متكررة أو سككت
نزيق التدفق المنمى للصوت (صد المصطفى، ٢٠٠٦)

أما زكريا الشريشي (١٩٩٨) فيعرف التأتأة بأنها: «تردد وتقطع في نطق
الكلمات، وتوقف في اللفظ والتعبير والصعوبة في نطق بدايات الكلمات أو
حروفها الأولى سواء بالتوقف أو الإطالة فتتقطع الحروف، كما يحدث التردد
والتكرار بالنطق، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترات قصيرة فتخرج ألفاظ
متناثرة و«مضمة»

أما DSM IV (١٩٩٤) فيعرفها بأنها اضطراب في الطلاقة العادية في الكلام والتشكيل الزمني له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف حدة التأتأة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار الصوت، التطويلات، الألفاظ المقهمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة تعدي التقطع والانسداد والسكوت (عبد المعطي، ٢٠٠١)

أما يوسف (١٩٩٠) فيعرفها بأنها إعاقه لا إرادية في مجرى الكلام بحيث يعاق تدفق الكلام بالتردد وبشكل سريع لعناصر الكلام، يرافقه تشنجات في عضلات التنفس أو النطق.

ويرى جولدجموند (Goldamond) ١٩٩٣ أن التأتأة تمزج من خلال إعطاء مكافأة لاهتمامات الشخص أو إزالة التهديد بالمقابه .

ب أنواع التأتأة:

التأتأة عدة أنواع، هي:

١- التأتأة الارتعاشية : تكون عارضة عند الأطفال في مرحلة ارتعاشية، وهي مؤقتة تظهر عادة بين سن الثانية والرابعة من العمر، وتستمر بضعة أشهر فقط.

٢- التأتأة المستعصية : تبدأ بين ست وثمانى سنوات من العمر، وتستمرق من سنتين إلى ثلاث سنوات.

٣- التأتأة الدائمة : تبدأ بين سن الثالثة والثمانى من العمر، وتستمر مدة طويلة، إلا إذا حولت بأسلوب فعال.

وتعد التأتأة التي تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر يصاحب التأتأة عادة بعض التغيرات اللاإرادية على الوجه، مثل: التعقيدات الوجه، وطرف العين، وبعض الحركات بالأيدي والأقدام، كما قد يصاحبها أيضاً تنفس غير منتظم.

ولقد صنعتها هابي إلى أربعة جداول عيادية:

١- ثاقاة ضيقولوجية:

تظهر ما بين ٣ إلى ٦ سنوات، كميكانيزم نفسي دفاعي عند الطفل، يجلب اهتمام الوالدين وإتنياعهما، وقد يختفى عند دخوله للمدرسة.

٢- ثاقاة تشديدية:

تتمثل في الشد على المقطع الأول من الكلمة، أو تكرار الكلمة الأولى في الجملة.

٣- ثاقاة ارتجافية:

تتمثل في تكرار المقاطع الصوتية داخل الكلمات وفي وسط الجمل.

٤- ثاقاة مختلطة:

تتمثل فيها خصائص النوعين، الأول والثاني.

٥- ثاقاة تثبيطية:

تتمثل في تثبيط الكلام وعرقلة، ويصاحب ذلك سلوك حركي متوتر، بمس عضلات الوجه ويؤدي إلى احمراره (باي)

ج- مظاهر الثاقاة

تظهر الثاقاة على هيئة حركات إرتعاشية، واحتباس توقف في الكلام يعقبه لإطلاق، ويبدل الشخص المتأثر، جهداً شاقاً ليخفف من احتباس الكلام، وعندما تشتد وطأة الثاقاة يحرك المريض يده ويضغط على قدميه ويرتج ويحرك رأسه ويخرج لسانه من فمه. (الشوريجي).

ومن وجهه نظر كلاً من (فروشلز Froeschels) و (شتين Stein) أن التأني يبدأ كلامه عادة على شكل تشنج احتزازي خالص، ومن ثم يتطور مع تراخي الزمن إلى تشنج احتزازي توقف خالص.

وقد استعمل كلاً منهما (فروشلز Froeschels) و (شتين Stein) مصطلح (تشنج احتزازي التوقي) للتعبير عن الثاقاة ويقول (شتين Stein) في وصف

التشجيع اللاحترزى التوقى : إنه نوع من التوتر يسيطر على الحركات أو الارتعاشات أو لاهترزات التكرارية التي تظهر عليها التأناة في أولى مراحلها. وكذلك يحدث (فروسلز Froeschels)، عن التشجيع التوقى فيقول: إنه يظهر في وصوح بعد بذية اللجاجة بحوسة، إذ يبدل المتأنيء عند تحريك عضلاته الكلامية جهوده ومحاولات، فتبدو بوادر الضغط على شفثيه وعضلاته الحنجرية، وبذلك تحبس طلاقة كلامه.

د- مراحل التأناة

تتطور التأناة من مرحلة لأخرى بحيث تكون كل مرحلة أشد خطورة من سبقتها، ويصف بلودستين (Bloodstein) أربع مراحل عامة لتطور التأناة هي

المرحلة الأولى، مرحلت ما قبل المدوية

والتأناة في هذه المرحلة عرضية Episodic وتمتاز التأناة في هذه المرحلة بتكرار المقاطع والحروف، ويظهر الطفل في هذه المرحلة ردود فعله قليلة لمدم العلاقة في الكلام. والتأناة في هذه المرحلة تظهر عندما يكون الطفل واقع تحت ضغط الكلام وتتميز هذه المرحلة بما يلي:

- ثيل الصعوبة فيها لتكون عارضة، وغير ثابتة، وقد تظهر في فترة رمية متفوتة أسابيع مثلاً وشهور وأحياناً أوقات طويلة من الكلام السلس
- تزداد التأناة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو انفعالية
- التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة، وفي بعض الأحيان يقل التكرار، فتكون في الكلمة الأولى من الجملة.
- تحدث الانقطاعات في كل أنواع الكلام، ولا يزال الأطفال بهذه الانقطاعات في كلامهم..

المرحلة الثانية

في هذه المرحلة التأناة تصبح مزمنة أكثر، والطفل يفكر بنفسه كشخص متأني، وتظهر التأناة في جزء كبير من كلامه، ويظهر الطفل ردود فعل قليلة لصعوبات

التي يواجهها في الكلام. ويسبب ظهورها في سنوات المدرسة الابتدائية يكون الإضطراب فيها مزمنًا، ويصبح هؤلاء الأطفال على وعى بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأخرين، وتكثر التأثأة في الأجزاء الرئيسة للكلام كالأسماء والأفعال والصفات، والظروف بصورة يمكن أن تكون زمنية، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح.

المرحلة الثالثة

من سن الثامنة إلى سن البلوغ، وتكون في الأغلب لدى الأطفال في سن العاشرة حتى بداية مرحلة المراهقة (الطفولة المتأخرة) وتصبح التأثأة فيها إلى كبير. والتأثأة في هذه المرحلة تظهر حسب المواقف، ويأخذ الشخص المتأثر بعين الاعتبار الحروف والكلمات الصعبة أكثر من غيرها، ويبدلها بحروف وكلمات أسهل. كما يستخدم المتأثر في هذه المرحلة الكلمات البديلة أو استحضار معنى آخر للكلمة، كما يظهر عليه علامات تشير إلى الارتباك وهو في المرحلة يظهر توقعًا للتأثأة.

المرحلة الرابعة

وتظهر في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد، حيث تكون التأثأة واسعة ومتصلة في المرء وتظهر نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف المواجهة مع الآخرين، فالشخص المتأثر في هذه المرحلة يخاف من توقع التأثأة، ويبدي خوفًا من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والارتباك ويحتاج إلى المساعدة. أما فان زايبر Van Riper فقد وصف ثلاث مراحل لتطور التأثأة، هي:

المرحلة الأولى:

مرحلة التأثأة الأولية Primary Stuttering وتتميز التأثأة في هذه المرحلة بتكرارات وإحالات وإعادات للحروف والمقاطع والكلمات والجمل.

المرحلة الثانية:

المرحلة الانتقالية Transition وتتميز في هذه المرحلة بتكرار للمقاطع والحروف وإحالات لها، ويبدأ الطفل بالمقاومة والشعور بالإحباط.

المرحلة الثالثة:

التأتأة الثانوية Secondary stuttering وتنتج بالمقاومة والشعور بالإحباط والخوف والتجنب.

هـ خصائص التأتأة

هناك خصائص ثانوية للتأتأة وهي:

يصاحب التأتأة سلوك انسحابي (Escapse) لحظة حدوث التأتأة محاولة للخروج منها، كما يصاحب التأتأة سلوك تجنبى (Avoidance) ويرافقها تأثير فى مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصا يشتر إلى الكلام لصعبي، مما يؤدى إلى اتخاذ سلوك ما لتجنب مواقف التأتأة قبل حدوثها.

و الضرويق بين الجنسين فى التأتأة

بالنسبة للنمو اللغوى، قمند الطفولة المبكرة يبدى البنات تفوق فى «لمعة Superiority فى السن الذى يبدآن فيه بالكلام، ويظهر هذا التفوق فى حجم دمردات اللغوية، وفى بناء أو تركيب الجمل، وفى عدد الأصوات الكلامية لبح. وهناك أدلة تشير إلى أن هذا النمو يستمر فى مراحل الحياة اللاحقة

ولقد وجد أن التأتأة أكثر انتشارا بين الذكور عنها بين الإناث الصغار ومنه وجودها وهى ٢ : ١ ولكن تفسير هذا الفرق ليس واضحاً إنما (دانلوب Dunlop) يقدم شرحاً لهذا الفرق يرجع التأتأة فى الطفل إلى خوفه من أن يقول شيئاً رديئاً Something bad أو يستخدم بعض التعبيرات غير المقبولة، والتي ربما تجلب العقاب، ولكن الذكور يحكم لعبهم فى الشارع يلتقطون مثل هذه التعبيرات أكثر من الإناث، والخوف يكون أعظم فى حالة الذكور ولكن هذه النظرية فى حاجة إلى مزيد من البحوث قبل قبولها وعلى الرغم من أن كل الأطفال يظهرود نوح من عدم العلاقة إلا أن الإحصائيات توضح أن هناك نسبة ٤ : ١ من البنين والبنات مصابون بالتأتأة فالأطفال الذكور أكثر إصابة بالتأتأة عن الإناث.

ومن بين هذه النظريات الشائعة، نظريته السيطرة المحبة Gerber's Dominance Theory، فتى يترجمها الباحث الأمريكى (ترافس) والتي ترى بأن التأتأة عرض

لاضطراب بيولوجي أو لاضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد، يتلخص في أن تحويل طفل أيسر للكتابة بهذه اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة في الكلام، والأسس الذي قال به أصحاب هذا المذهب يرجع إلى الفرض الأتي:

إن المخ ينقسم إلى شطرين كرويين، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الآخر، وتكون هذه السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى والعكس، ويعني الأمر فقد وجدت بعض الدراسات باستخدام الرسام الكهربائي للمخ (EEG) أن الذكور الذين لديهم تأتأة وجد لديهم اعتماد أو تشييط (كف) للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات والمهم، أما الذين ليس لديهم تأتأة فلديهم تشييط وكف بالفص الأيسر، كما أن الذين لديهم تأتأة يظهر لديهم استخدام اليد اليسرى، كما يستخدمون كلا اليدين بمهارة، فهي علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يساري إلى الكتابة باليمنى ينتج عنه شيء من التداخل في عمل كل من نصفي المخ الكرويين، ويؤدي هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليساري، فيتبادل شطر المخ في السيطرة، وينتج عن تماثلهما اختلال يؤدي إلى اضطراب كلام الطفل.

التفريعات الالفسيولوجية والنفسولوجية

يرى ويست West بأن التأتأة هي نتيجة لاستعداد وراثي. وقد أكد (West) عام ١٩٥٨ على حالة عدم التوازن الدم - السكر لدى الشخص المتأتم خلال التأتأة وتربط هذه النظرية في أبحاث الأيض الأساسي وكيمياء الدم، والدماغ، والتوائم، وعوامل الفسيولوجية المصيبة.

كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التفريعات الدماغية الهوائية ولفسيولوجية التي تظهر في الجهاز الصوتي خلال الكلام والتي تقول بأن التأتأة مشكلة في التصويت والتنفس الهوائي والتنطق، كما أشارت نظريات أخرى إلى التحولات الصوتية التي تجعل بداية الكلام صعبة لدى الشخص المتأتم، وكذلك حنجرة كموامل مسببة للتأتأة، وينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على نشاط حنجرى يسبب التأتأة.

ويشير كلا من بيركنز وكيت وكورلي (Perkins, Kent and Curloc) عام ١٩٩١ في النظرية المعنوية للنفسية للغة: Neron Psycholinguistic Theory بأن الكلام المطلق يتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو الإشارة Paralinguistic Symbol System ويتحكم بهذه النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة تنتهي بنظام مخرجات مشترك، ويتطلب الكلام المطلق اتساق زمني ودقيق حتى يحقق النظام المشترك، وإذا لم يحدث الاتساق الدقيق بين العنصرين فإن النتيجة تكون خلل في الطلاقة ويدرك المستمع فقدان السيطرة أو اضطراب يسمى التأتأة، وقد أضاف أصحاب هذه النظرية عامل ضغط الزمن Time Pressure وهو الضغط الذي يحتاجه المتكلم للبدء والاستمرار أو الإسراع في الكلام، فإذا كان ضعف في الضغط الزمني فإن الفضل في الطلاقة يكون مؤقت واختلال الطلاقة غير متأكد.

وكذلك قدم كل من بوستا وكولك (Posta & Kolik) عام ١٩٩٣ نظرية عصبية نفسية لغوية شاملة باستعمال نموذج باستعمال نموذج ليقلت (Levett) لإنتاج كلام ويقول أصحاب هذه النظرية أن التأتأة نتيجة لعيب في لترميز الصوتي للكلام. ويتضح هذا العيب في عنصر المراقبة لنظام إنتاج الكلام والتي تسبب في خطأ التقدم الأخطاء ويحاول الجهاز القيام بتصحيح ذاتي لهذه الأخطاء من خلال تسمى مؤقت لهذه العمليات المعقدة وبالتالي إنتاج صوت التأتأة.

وترى النظرية الجينية (Genetic Theory) بأن التأتأة لها أسس وراثية، ويشير البعض من الباحثين إلى أن ٦٥٪ من الأفراد المتأثرين لديهم أحد الأبوين أو الأقارب يتأثرون. بينما لم يجد الباحثون الآخرون أي عامل وراثي وراء التأتأة، بالإضافة إلى أن وجود أقارب يتأثرون لا يعني بالضرورة وجود أصل وراثي. وتطور هذه النظرية ويندل جونسون Wendol Johnson كما سميت بالنظرية التنمائية Developmental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theory ويرى جونسون Johnson أن تشخيص التأتأة من قبل الآباء يوفر بيئة للفرق والإحالة حيث يبدأ لطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة للقلق والضغط ولانتقادات الآباء، حيث يستجيب كل من الآباء والطفل لمكرة الإحالة أكثر من سلوك كلام الطفل. لفكرة الإحالة أكثر من سلوك كلام الطفل. ويقول جونسون Johnson أن التأتأة تبدأ في أذن الآباء قبل قم الطفل.

وتقول نظرية الفشل في الاتصال (Theory of communication Failure) لصاحبها وبلنستين (Bloodstein) بأن التأتأة نتيجة للفشل في الاتصال والمحادثة مع أشخاص آخرين كما يفهمها الطفل، حيث تبدأ كاستجابة للتوتر وللتقطع الناتج في الكلام (Fragmentation) الذي يحدث بسبب الفشل المستمر في التحدث مع الآخرين في وجود ضبط في التفاهم معهم.

نظريات علم النفس:

نظريات العصاب، Neurotic Theories والتي تركز على السمات الشخصية والعوامل النفسية في تفسير التأتأة، فمن خلال المقابلات والإختبارات الإسقاطية وإختبارات الورقة والقلم فإنه يمكن فهم الشخصية والدينامية النفسية والتكيف الاجتماعي والحاجات اللاشعورية والشخص الذي يتأثر، فالتأتأة ينظر لها على أنها حاجة إلى الإشباع الفموي والشرجي والتعبير الكامن عن العداوة وقمع مشاعر التهديد والخوف من الخصاء Castration وللعنوان العدوان والعداء المكسوت، كما ينظر لها على أنها أداة لحطب الإتياء والتعاطف ووسيلة لمشاعر التهديد والكت

سفرات السلوكية: حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية في ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، الأطفال الصغار في سن (3-4) سنوات يتعرضون لاضطرابات في طلاقة الكلام خلال ممارستهم الأولى للكلام لأنهم غير قادرين على تطق الأصوات من جهة ولقننة حصيتهم اللغوية من جهة أخرى، ويرى Johnson أن عدم الطلاقة المقترن برودة فعل استمع السلبية تعد المسبب الحقيقي للتأتأة، بمعنى أن الطفل عندما يتكلم ويحدث له التأتأة ويتفقد بعنف من قبل الآخرين فإنه يدهم هذا الإضطراب ويدهم حدوثه مرة أخرى، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية، وهناك جانب آخر يتسق مع تفسير نظرية التعلم للتأتأة، وهو ما يسمى أثر الثبات أو الإكساق Consistency ويتضمن تعرض الفرد للتأثر إلى التأتأة في بعض الكلمات أو في كلمات معينة دون لأخرى، مما يشير إلى أنه يعرف مسبقاً أنه سوف يتأثر عند تلك الكلمة، الأمر الذي يجعله يتأثر بالفعل مرة تلو مرة.

وقد حاول السلوكيون تفسير التأتأة على أنها سلوك مكتسب، حيث أرجعوه لبعض إلى ارتباطه بمثير شرطي (كلام الآخرين) ينتزع استجابة التأتأة من الفرد، بينما أرجعها البعض الآخر لما يحدث للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأتأة، كأن يلفت إنتباه الآخرين أو استدراك عطفهم واهتمامهم، كما يعتبره البعض سلوك هروب من مثير غير مرفوق فيه بسبب انفعالات مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو القلق، وبالتالي يمارس التأتأة تجنباً للألم الذي يتعرض له.

نظريات الاشتراط الكلاسيكي Classic Conditioning Theories

تشير إلى أن التأتأة هي نتيجة للفشل غير المشروط في الكلام المطلق بسبب قلق متكم حول كلامه، وإذا حدث ذلك فإن الشخص سوف يتأثر في أي موقف مثير للقلق، وينظر ولبى (Wolpe, 1958) إلى التأتأة على أنها نتيجة لحالة وظيفية لدجهر صوتي فهي تتميز بالتوتر الذي يحدث للجهاز الصوتي، كما تعمل التوترات الانفعالية والقلق الاجتماعي على إحداثها وتبين الأشكال (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥) التسلسل الذي تتطور من خلاله التأتأة وقبل عرضها فإنه يجب توضيح الاختصارات التي تستخدم وذلك على النحو التالي:

SsD = مثير يتطلب الكلام Speech Demand Stimulus.

SAN = مثير القلق غير المحدد Nonspecific anxiety stimulus.

SAAP = الشخص الخلق - للثار Anxiety aversing Person.

SsD ← جهاز صوتي في حالة الاسترخاء ← استجابة كلام طبيعية.

شكل (١): سلسلة مثير (S) واستجابة (R) هي الكلام الطبيعي.

SsD ← جهاز صوتي في حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAN ← استجابات قلق أخرى.

شكل (٢) التأتأة ناتجة من قلق شديد يؤثر على كلام الشخص غير المتأثر.

SaD ← جهاز صوتي في حالة توتر ← استجابة تأتأة.

SAAP ← استجابات قلبي أخرى.

شكل (٢) التأتأة نتيجة القلق من شخص معدد

SaD + SAAP ← استجابات توتر ظرفية للجهاز الصوتي بدون قلبي

← استجابة تأتأة.

شكل (٤)، التأتأة كاستجابة إجرائية للاستجابة للتوترين ولا تشير قلق هام لدى الشخص التأتئي

SaD ← توتر ظرفي مشروط للجهاز الصوتي بدون قلبي ← استجابة

تأتأة

SAN ← استجابات قلبي أخرى.

شكل (٥)، الحاجة إلى الكلام تثير توتر الجهاز الصوتي ويتأتئي الشخص حتى ن
كان وحيدا

وقد أدى تعدد النظريات والآراء التي تفسر حدوث التأتأة إلى تعدد عواصف وأسبابها فهي إما عضوية أو نفسية أو تعليمية وغيرها، وليس من السهل ترجيح إحدى النظريات أو العوامل على غيرها، فالبعض يرى أن توقعات الآباء غير الواقعية تلعب دورا في حدوث التأتأة فالكثير من الآباء لا يسمعون أن هناك مدى اسمع من نفروقي في القدرة على التحدث بطلاقة بين الأطفال في أعمار مختلفة، وأن هذا يعتبر أسرا طبيعيا، وقد أشارت الدراسات إلى أن اسنياء الطفل من عدم الحصول على إتياء والديه، وسيطرة الوالدين، والنقد، والميل إلى الكمالي والإهتمام الرائد بالكلام، والحماية الزائدة لأبنائهم، تلعب دورا في التسبب بالتأتأة نديهم، ويرى البعض الآخر أن استعمال الآباء والأشخاص الآخرين كلمات وجمل طويلة وتعابير لغوية معقدة وكلام سريع، يزيد من احتمالية التأتأة عند الطفل عندما يحاول نقلهم في الكلمات والحمل والتعيرات التي يستعملونها، وأشار جونسون (Johnson) إلى أن تغيير البيئة للطفل ومرص الطفل، وإدراكه لنعفس بأن لأم حاس، وفردوم مولود جديد، قد يؤدي إلى ظهور التأتأة

ويرجع البعض التأناة إلى المواقف والظروف التي تثير القلق والتوتر، فقد تظهر التأناة عندما يحاول الطفل التكلم مع المعلم، أو الموقف الذي يحاول فيه الشخص إخفاء الغضب، وبالإضافة إلى ذلك فإن البعض يرجع التأناة إلى تدس مفهوم الذات و هتقاد انشخص بصعوبة الكلمات، وإلى عدم المعرفة الصحيحة بطريقة الكلام و لتعبير الصحيح، والمحاولات للشوشة للتكيف مع الأشخاص الآخرين.

كما أن للعامل النفسي دور هام وفعال في نشوب اضطراب التأناة، حيث تعتبر النظرية النفسية من أكثر النظريات شيوعا.

وينظر التحليل النفسي (Psychoanalysis) إلى التأناة بشكل عام، على أنها اضطراب عصبي، يكون فيه اضطراب جزئي في الشخصية ينعكس من خلال اضطراب في الكلام. وعليه فالتأناة ناتجة عن صراعات لا شعورية، وهي محدودة يقوم بها الشخص التكلم ليشع حاجة انفعالية لا شعورية، ووسيلة لإشباع حاجات جنسية معينة. وهي وسيلة دفاع يلجأ إليها الشخص للحد من تطور القلق عندما تهدده بعض المثيرات في الظهور، وعندما يحاول الكلام فإن حركات القمع لديه تكون شبيهة بحركات القمع التلقائية عندما كان رضيعا، ويقول فرويد (Freud) إن الأطفال لديهم أنواع من الجنسية الأولية والتي تشبع عن طريق الرضاعة وأشكال أخرى من لسلوك القمع، وإن الطفل إذا ما قمع بقوة مبكرا من أم مضطربة انفعاليا فإن بعض المحادث النفسية تبقى كاسنة على شكل كبت يظهر فيما بعد على هيئة صور مقنعة، كالأكل الزائد، والكلام السريع، وأشكال فعية أخرى

كما يشير البعض أن القدوة السيئة في الكلام تؤدي إلى محاكاة فظيرة ناتجها بعض الصور من صعوبات الكلام، كذلك حالات الغيرة والمنافسة، أما التأناة الوظيفية فيردها علماء أمراض الكلام إلى عوامل نفسية اجتماعية: كالخوف من لفهام في المواقف الاجتماعية أو ما يسمى جرح المواجهة والقلق الناشئ عن توقع النقد من السامع والخوف من التأناة ذاتها أو من الأراء التي لا تتناسب مع لمرات الأبناء أو وجود حو أسرى غير آمن، أو وجود سمة الشخصية انهنسية (الانبساطية مع الاعتماد الوارثي للعصاب).

كما أن تعرض الطفل إلى مصادر متنوعة ومستمرة تثير قلقه وتوتره يؤدي إلى التأتأة كما جمدال العنيف والمستمر في الأسرة ويؤدي للتوتر المتواصل غالب إلى ما يعرف بالتأتأة الترقص إذ يخاف الطفل مما سوف يحدث عندما يتكلم فيتوتر ويتأثر، كما يعتبر الإجهاد وعدم الاستعداد والإكراه على التغيير من مصادر زيادة التوتر عند الأطفال، إن ما يعرف بالعصبية والتوتر الانفعالي وحده مشاعر الطفل وحسنه لطفل آخر ورغبته في جلب إنتباه العائلة، وقلق الطفل نتيجة شعوره بالخوف من وعبة الأمل لسبب أو لآخر هو السبب العام أو على الأقل السبب المباشر لصوب الكلام والأكثر انتشارا، وتنتظر مدرسة التحليل النفسي (Psychoanalysis) إلى التأتأة بشكل عام على أنها اضطراب عصبي، يكون فيه اضطراب جبري في الشخصية يتمكس من خلال اضطراب في الكلام وتقول أن التأتأة ناتجة عن صراعات لا شعورية.

الأسباب البيئية

هناك عوامل بيئية لها دور كبير وفعال وقاطع في تنمية التأتأة، ومن هذه العوامل ما يكون مرتبط بالأسرة ومنها ما هو مرتبط بالمدرسة، وهي على النحو التالي

البيئة الأسرية

إن تعلم اللغة عملية معقدة، ومعظم الآباء يدركون ذلك، إلا أن بعض الآباء يظهرون اهتماما كبيرا وشديدا وقلقا إذا تمثر أطفالهم في النطق ويتنقل هذا القلق إلى الطفل ويعم القلق على علاقته مع والديه وتكون النتيجة قلقا دائما وبالتالي تكون التأتأة، كما أن استمرار القدرة اللغوية للأطفال من العوامل المساعدة سواء التأتأة فغالبا ما يميل الآباء إلى الإقترار بما يستطيع أبنائهم القيام به.

ويشير رايزر (١٩٧٣) أن إجبار الطفل على الكلام هو أحد أشكال قمع الطلاقة الشديدة وهو على عكس استمرار القدرة اللغوية، فحين يجبر الطفل على الكلام، فإنه يضطر إلى أن يجيب على تساؤلات ويمثل مواقف لم يفعلها وهذا كله يتطلب منه الكثير من الكلام وبالتالي تحدث التأتأة، وهناك عوامل من شأنها أن تحدث التأتأة لدى الأطفال بسبب الوالدين وهي:

- تحمل الوالدين على النطق لدى أطفالهم، في السنوات الأولى دون مراعاة لقدراتهم الكلامية المحدودة.
- استخدام أسلوب التخويف والضرب عندما يظهر الطفل أي «محرّف كلامي».
- ارتداد الطفل بعد سن الرابعة إلى الطريقة الطفلية بتشجيع من الوالدين، وذلك نتيجة للتدليل حين يأتي طفل جديد للأسرة.
- إهمال الوالدين للطفل ولتقلّقه للمطف والحنان والرعاية الأبوية.
- تعليم الطفل لغات متعددة في وقت واحد، بحيث لا يفكر الطفل في لغة ولا يركز عليها.

البُشَيرة المدروسة

تشكل المدرسة عاملاً مهماً في ظهور التأتأة، حيث تختل في العالَم جُوءُ مسببا تثبيت عدم الطلاقة الطبيعية، فالمدرسة يقصّي الطفل فيها وقتاً طويلاً فيكون بها ميدان التنافس وتنمية الذات والثقة بالنفس والتواصل مع الآخرين، ولكن يحدّد لحمازسات الحافظة في المدرسة فمن شأنه أن ينمي التأتأة لدى الطفل ودلت من حلال التنافس غير السليم ويشعر الطفل بالنقص والإحباط نتيجة تقييد أقرانه عليه وعدم قدرته وكفايته، وبالتالي يصاب بالقلق والتوتر والخوف وهذا يساعد في تثبيت وتسمية التأتأة كما أن الإمتحانات واللقاء للمصاحب لها دوراً أيضاً

ومن أبرز العوامل في هذا البعد:

- الطريقة التي يستخدمها المعلم مع المتعلم سواء تحببه الإجابة كي لا يسبب له حرج أو مقاطعة في الإجابة لتأخره بسبب التأتأة، وكلاهما من شأنه أن ينمي ويثبت اضطراب التأتأة.
- تعامل المعلمة مع المشكلة، كأن يكون هناك حرص وتدليل ومراعاة شديدة للطفل، وهذا من شأنه أن يجعل الطفل يستخدمها كسلاح لغفت إنتباه الآخرين واستدراك عطفهم.
- الإحتماق في التحصيل الدراسي من شأنه أن يساعد في تنمية وتثبيت تأتأة

ج- معدى انتشار التأتأة

لوحظ انتشار التأتأة في البنين أكثر منها في البنات؛ ولعل ذلك راجع إلى أن القدرة اللفظية Verbal Ability لدى البنات أقوى منها بوجه عام لدى البنين، وهذا ما يؤكد أثر اختلاف الجنس؛ كما لوحظ أن نسبة التأتأة تزداد مع تقدم العمر، وبناء على أبحاث كلا من (يوم) و (ريشر دسرن) وجد أن نسبة التأتأة بين تلاميذ المدارس تختلف من إقليم لآخر، ففي الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك في إنجلترا لاحظنا أن النسبة العامة للتأتأة بين البنين والبنات هي ١٪ بينما ترتفع هذه النسبة إلى ٢٪ في بلجيكا.

وبصفة عامة تنتشر التأتأة بنسبة (١٪) تقريبا من عامة الناس وأغلبهم من الأطفال - إذ يميل هذا الإضطراب لأن يكون أكثر شيوعا لدى الأطفال الصغار وفي العادة يختفى لدى الأطفال الأكبر سنا والراشدين، كما ينتشر الإضطراب بمعدل (٣ ٤٪) من الذكور لكل أنثى، كما أن التأتأة أكثر انتشارا في المجتمعات الريفية أو الخدمية منها في المجتمعات البدائية أو المختلفة.

وعلى الرغم من أن التأتأة تظهر في أي عمر فإن أكثر من (٥٠٪) من المصابين بها يدون التأتأة في مرحلة مبكرة من الحياة، فقد تظهر في مرحلة اكتساب اللغة أو في السنة الثالثة التي يحاول الطفل فيها زيادة حصيلته اللغوية من الكلمات وحمل واستخدام اللغة لمخاطبة الآخرين، بينما ياتي الحالات لا تستمر «تأتأة مهمهم أكثر من سنتين، ويطلق على هذه الحالات تأتأة النمو أو التأتأة الفسيولوجية أو الأولية وهي تعتبر طبيعية لدى الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة الأطفال سببها النضج غير الكامل لجهاز الكلام، كما تشيع بداية التأتأة عند نسبة تصل إلى (٣٠٪) من الحالات في المدرسة، وهناك حوالي (٤٠٪) من الأطفال الأسوياء يتأثرون أو يتلعثمون في الكلام في يوم معين من الأسبوع مثل يوم بداية الأسبوع أو اليوم الذي يلي العطلة أو عند سؤال نعيم لهم أو عند فراق الأم، كما وجد أن الذين لديهم تأتأة أقارب من الدرجة الأولى بنسبة (٥٠٪).

ط الخصائص النفسية للمتنائي

يرجع الاهتمام بدراسة الخصائص النفسية لدى المتنائي، باعتباره أن ابتداء مشكلة ذات جذور نفسية أو شخصية، وقد أجريت العديد من الدراسات لخصائص بالخصائص النفسية لدى المتنائي، وقد أشارت هذه الدراسات إلى أن المتنائين يتصفون بالخصائص التالية: سوء التوافق، عدم التكيف، والشعور بعدم الأمن، والحيلولة وسهولة الاستتارة، والحساسية المفرطة، والتوتر وتوقع الرفض من قبل الآخرين، والإنطوائية، عدم الثبات الانفعالي، الانخفاض في مستوى الاستقلالية الذاتية والتوافق الذاتي والمهارات الاجتماعية، ظهور أعراض عصبية، الكبت، سلوك الوسواسي القهري، الانخفاض في وظيفة التحكم المعنوي، المباعدة في ردود الفعل، أحلام اليقظة، مشاعر القلق والاضطراب النفسية، الرقص لمدات، اضطراب الهوية وعدم القدرة على الحصول على هوية إيجابية، نقص روح المبادرة، اتجاهات عدوانية نحو الذات والآخرين

وعموما يمكن أن يكون لتلك الخصائص تأثيرات سلبية على شخصية المتنائي ويمكن أن تؤثر على إقامته علاقات سوية مع الآخرين، ويمكن أن تحمل حواجر تمنعه من تحقيق التوافق للنفس والاجتماعي السليم والفعال، كما يمكن أن يكون لها أثر سلبية على الإنجاز التربوي لدى الطفل المتنائي.

تشخيص التلقائية

كثير من الأطفال قد يتعرضون في كلامهم، بيد أنهم يتخطون ذلك ويتحسسون كلامهم مع تقدمهم في السن، بينما البعض الآخر يستمر المتعثر لديهم رغبة كبير سنه، وهنا يلزم دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال بدقة، وتقييم كلامهم لتحديد خصائص اضطراب الكلام لديهم بما في ذلك من توقف وتكرار ومداء ودرجته ومصاحبه العضوية والنفسية.

وكلما كان التقييم دقيقا كلما كان ذلك عاملا مساعدا في نجاح العلاج، لذلك هناك اعتبارات لابد من الأخذ بها كي تتوصل إلى النتائج المتوخاة وهي:

- كل حالة لها خصوصيتها فلا يستعمل في إطلاق النتائج قياسا بحالات أخرى.

المصاب أو والديه إذا كان طفلاً والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية، وكل معلومة يرى المعالج والمصاب أو والديه في حاجة كونه طفلاً أن لها دوراً في العملية التشخيصية والعلاجية.

٢- فحص الكلام،

وهو يكون فحص لمينة الكلام لدى المصاب وذلك من خلال الحديث المباشر مع المصاب إما كان بلغاً، حيث يعطينا هذا الأسلوب الجولى فكرة كمنة عن نوع الإضطراب والأعراض المصاحبة له وعودة الفعل الإنمائية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهو تعرف عن قرب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للإضطراب.

ويجب أن تعرف على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، وسى تأثيرها على التأتأة إذا وجدت لأن هنا من شأنه أن يؤثر على سير العلاج ، ولأنه مع ظهور مشكلة للتأتأة عادة ما يكون المتأتى، باستخدام بعض الآليات و المظهر لمحاولة تفادى التأتأة أو محاولة التخلص منها، وهذه المظاهرة حاليًا يشر بها بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للتأتأة، ومن هذه الأعراض العصبولوجية حر كة الشفاء وأرتعاشات الوجه واهتزاز الرأس واضطراب التنفس ورمش العين

جـ. المحركات التشخيصية للتأتأة

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم التأتأة وتختلف الطرق المستخدمة باختلاف الأشخاص، ويعود التباين فى طرق التقييم وفقاً للإعداد التصري ولتدريب المهنى لأخصائى أمراض الكلام واللغة وإلى أسلوب الأخصائى كما يتطلب تشخيص التأتأة من أخصائى التخاطب أن يكون حاسباً للعديد من العوامل، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل بعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يشاوم الكلام، وكذلك فمن الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع، كما تساعد هذه معومات فى التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي والتأتأة فمن المتوقع أن يظهر البعض

اختلال طلاقة طبيعي خلال مرحلة تطور الكلام وهي الكلام وهي تكون بذلك مظهرًا طبيعيًا في السلوك الكلامي.

ويشتمل المقياس الذي يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلي:

١- تكرار لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار وبنسبة ٢٪ أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات، والتوتر الصوتي.

٢- إطالات أطول من ثانية واحدة لكل ٢٪ أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة للنهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه.

٣- وقفات إحصائية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام.

٤- حركات لجسم واعتزاز الرأس وإرتعاش الشفاه والكمك وعلامات مقاومة مرتبطة باختلال الطلاقة.

٥- ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة بالكلام.

٦- استخدام الكلام كسب للأداء الضعيف.

٧- ثابتهات في تردد وشدة تشوه الكلام مع تغيرات في المواقف الكلامية

ونستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي.

وأورد DSM-IV (1994) عدة محكات لتشخيص التأتأة:

١- اضطراب في الطلاقة العادية وطول الكلام الذي يكون غير مناسب لعمر الفرد، ويسمى الاضطراب في الطلاقة بالتكرار لواحد أو أكثر مما يلي

١- تكرار الصوت أو المقطع.

٢- تطويل الصوت.

٣- كلمات مقتصمة أثناء الكلام.

٤- كلمات متكررة، سكنت داخل الكلمة.

٥- لسة السمعية، بحيث يسكت خلال الكلمة.

٦ الدوران حول المعنى

٧- كلمات تتعلق بزيادة توتر جسمي.

٨- تكرار الكلمة الواحدة ذات المقطع.

ب- تدخل الإضطراب في الطلاقة الكلامية مع التحصيل الأكاديمي أو التواصل الاجتماعي.

وفي حالة وجود عجز حسي أو حركي كلامي تكون الصعوبات الكلامية أكثر عند اقترانها بهذه المشكلة، وكذلك الحالة المعصية.

أما رابع فقد حدد تسعة معايير لتقييم الطفل الذي يعاني الثثأة وأكد أن ظهور أي منها يعتبر علامة ومؤشراً إلى ضرورة تقييم الطفل من قبل أخصائي أمراض الكلام والدغة لتحديد فيما إذا كانت ثثأة أم لا، والتدخل المبكر يعتبر ضرورياً للوقاية منها وإجراء التدخلات السريعة لمنع تحولها إلى مشكلة حياتية.

١- تكرارات متعددة لجزء من الكلمة وإعادات للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة.

٢- إطالات للصوت.

٣- يمدال نهاية الصامت (c) بصاكت ضعيف محايد.

٤- المقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصاً في بداية الجمل، ويظهر التوتر العضلي في منطقة الشفاه والرقبة للطفل الذي يحاول الكلام كما يتسم الكلام المستمر بالشد والتوتر.

٥- ارتفاع طبقة الصوت وحلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات.

٦- ارتعاش الشفاه وحتى ربما اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يمد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية.

٧- ظهور سلوكيات تجنبية والإحباط لدى الطفل المصاب بالثثأة نتيجة لكلامه. كما يظهر عدم من الوقفات غير المفروقة وإبدال للكلمات

وتداخل في الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى محب حديث.

٨- خوف من الكلام ناتج عن وعيه وإدراكه للمشكلة الكلامية وبالتالي فإنه يظهر الخوف لتوقع التأتأة أو لحيرة سابقة.

٩- صعوبة في ابتداء الكلام أو الصوت والمحافظة على تدفق الهواء الملزم للكلام، ويظهر ذلك عند محاولة الكلام في بداية الجملة أو بعد حدوث وقفة طبيعية في الكلام لدى قراءة الجملة، كما يظهر عدم انتظام التنفس ويتدفق الكلام بسرعة بسبب مقاومة الطفل للمحافظة عليه.

مستويات التأتأة:

- عدم انطلاق الطبيعة من ١,٥ - ٦ سنوات: في هذا المستوى لا ترد لتوقفات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، مع وجود غط إعادة الوحدة لصوتية الواحدة وهي الصوت، إضافة إلى وجود الحشوات بين الكلمات، وإعادة للكلمة الواحدة.
- مرحلة الخط الفاصل من ١,٥ - ٦ سنوات: في هذا المستوى تزيد الأخطاء والتوقفات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، ووجود أنماط إعادة يريد عن وحدتين صوتيتين، وتكثر الإطالة والإعادة أكثر من الحشو، إضافة إلى وجود عبارات غير مكتملة، ويظهر على الطفل على الطفل الاسترخاء في حالة التأتأة، ولا يظهر لدى الطفل ردة فعل تجاه التأتأة.
- التأتأة الأولية من ٢ - ٨ سنوات: في هذا المستوى يظهر على الطفل شد في العضلات وسرعة في الكلام، وإعادة سريعة وغير منتظمة للكلام، ويبدأ ظهور العمليات الانسحابية أثناء عملية التأتأة وهنا يعني الطفل عدم طلاقته الكمية لذلك يشعر بالإحباط.
- التأتأة المتوسطة من ٦ - ١٣ سنة. في هذا المستوى تكثر التوقفات، ويمكن أن يكون هناك بعض التكرار والإطالة، وعندها يستخدم الطفل سلوك الانسحاب لتتخلص من الانحباس والتوقف لحظة التأتأة ويشمل ذلك هز الرأس وحركات الوجه كمرمش العين، وتحريك الأطراف، ويبدأ

الطفل باستخدام أسلوب التجنب للتأناة قبل حدوثها، وهنا يشعر الطفل بالخوف قبل التأناة والارتباك أثناءها ويصاب بالتجلبت بعدها.

- التأناة المتقدمة من ١٤ سنة فما فوق: في هذا المستوى تكثر الإطالة وتكون التوقعات مصاحبة لرجفة في اللسان أو الشفاه أو الفك، عندما يستخدم التأتى التجنب الكامل حتى لا يقع في التأناة كما يستخدم أنط معقدة من التجنب أو الانسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة والارتباك وهنا يكون تقديره متخفضا لذاته.

هذا المرض سيكتمل بالرؤية العلاجية لاضطراب التأناة في الفصل القادم

(٢) اضطراب التلعثم،

يتمسرحينا بالكلام على كثير من الأشخاص فتكثر فيه وقفات أثناء الحديث وتكثر في مقاطع غير مناسبة ويسمى هذا بالتلعثم ويبدو على التلعثم أن لديه قد نعتد ص الكلام فيجد صعوبة في نطق بعض الحروف أو الكلمات والتلعثم من أكثر علوم الإضطرابات والتخاطب دراسة إلا أنه أقلها فهما وهو يصيب بعض أفراد المجتمع، وقد اختلف العلماء حول تعريفه ومعرفة أسبابه.

والواقع أن التلعثم كما يعرفه هيرلوك (Hurlock) أنه حالة من التوقف أثناء انكلام ترافق عملية التأناة، يكون فيها الشخص للتأتى، غير قادر على إخراج الأصوات، بتبهما مباشرة وبشكل مفاجئ انسياب الكلام.

ويشير ريبار (Rebar) إلى أن التلعثم هو التوقف أثناء الكلام، وهو شكل من أشكال التأناة، ويرى أتكسون (Atkinson) بأن التلعثم هو التوقف أو الانقطاع في التبر لهوائى أثناء الكلام، بينما يرى كل من شيفر وميلمان، بأن كل من التأناة والتلعثم كلمتان تستخدمان كمترادفتين، وتعنيان اضطرابات في الإيقاع الصوتى، حيث لا يكون انسياب الحديث متصل.

أعراض التلعثم

من أهم أعراض الشعور بالفرج وتفاذى الحديث مع الآخرين أو تجنب الدخول في مولات أخرى خصوصا عندما تكون درجة الإعاقة شديدة يظهر معها بعض

الحركات اللاإرادية في الوجه واليدين والقدمين وإغماض العينين وفتح الفم والشد على قبضة اليد أو على اللسان داخل الفم وذلك اعتقاداً من المتعلم بأن هذا يساعد على إخراج الكلام والتحدث بطلاقة وفي كثير من الأحيان تكون أجهزة التنفس والصوت والكلام سليمة في البنية والوظيفة على الرغم من حدوث التلعثم.

مراحل ظهورها:

وتبدأ اضطرابات التلعثم في أغلب الأحيان في سن ما قبل المدرسة ويقل ظهوره في سن متأخر وعندما يظهر للتلعثم في سن متأخرة فهو إما أن يكون لأسباب مكتسبة نتيجة لإصابات دماغية وهذا النوع نادر جداً أو أنه قد بدأ مبكراً لفترة وجيزة ثم عاود الظهور مرة أخرى، وتختلف طبيعة التلعثم بمرجائه من فرد إلى آخر حيث يبدو من الصعب التعرف عليه أحياناً عند بعض المرضى إلا أنه قد يكون شديداً مما يتعذر أحياناً على المستمع فهم المعنى الذي يريد المتعلم إيصاله

مراحل تطور التلعثم:

- وقد قسم بلودشتين Blood stem تطور التلعثم إلى أربع مراحل:
- ١ يحدث التلعثم غالباً بصورة عرض، كما تحدث خلال هذه الفترة نسبة كبيرة من الشفاء التلقائي.
- ٢ تلعثم الطفل عندما يعصب أو حين يتعرض إلى بعض الضغوط النفسية
- ٣ يكون أغلب العرض في صورة تكرار غالباً ما يكون في المقاطع الأولية للكلمة وأحياناً في كل كلمة.
- ٤ يحدث التلعثم في بداية الجملة.
- ٥ غالباً يحدث التلعثم في الكلمات ذات المقطع الصغيرة مثل الضمائر وحروف الجر وأدوات الربط.
- ٦ لا يدرك الطفل أنه متلعثم ولا يعصب نفسه كمتلعثم.

المرحلة الثانية:

- ١- طول التاريخ المرضي للتلعثم كعرض حتى أصبح العرض مستتباً.

٢ - التلعثم في الكلمات ذات المقاطع المتعددة مثل الأفعال والأسماء والصعد مع عدم اختصار التكرار على الكلمة الأولى من الجملة وحدوثها في جزء من الكلمة وليس كل الكلمة.

٣- ازدياد التلعثم في المواقف الصعبة أو عند التحدث بسرعة.

٤- عدم اكتراث الطفل بتعلمه بالرغم من اعتبار نفسه متلعثما.

المرحلة الثالثة:

١ - ظهور التلعثم في بعض المواقف والتي تختلف من متلعثم لأخر ولكن أكثر المواقف التي يظهر فيها التلعثم هي عند التحدث مع الغرباء أو الشبهان أو أثناء وجود الطفل في الفصل الدراسي.

٢ - وجود صعوبة في نطق أصوات أو كلمات معينة.

٣ - يبدأ التلعثم في إبدال كلمة بأخرى والتهرب من كلمات معينة.

٤ - عدم وجود تفادى في مواقف الكلام.

المرحلة الرابعة:

تصم هذه المرحلة الراشدين بالرغم من وجود بعض الحالات في سن الطفولة في عمر ست سنوات وتتميز هذه المرحلة بالآتي:

١ - ظهور الخوف عند توقع التلعثم وهذا الخوف يتمثل في حذف للكلمة أو الصوت أو الموقف.

٢ - إبدال متكرر للكلمات والتهرب منها.

٣ - تفادى لمواقف الكلام مع وجود خوف وإرتباك وهذا يؤدي إلى عزلة المتلعثم اجتماعيا.

نظريات تفسر أسباب التلعثم،

١ - النظرية السلوكية: توضح أثر تعزيز بعض الأباء للمعثرات الطبيعية التي يقع فيها الأطفال بعض النظر عن عدد المرات التي تكرر فيها المقاطع أو نوعها، ويكون التعزيز إيجابيا عندما يعطى الطفل اهتماما في ملحظاته

لنرى ينعثر فيها طلاقة للكلام، أي أن يلقى استحساناً من الوالدين فيماود الطفل تكرار العثرات حتى تصبح عادة، وأحياناً يكون التعبير سلبى حيث يواجه الطفل بنوع من الرفض أو عدم الرضا عن الطريقة التى يتحدث بها مما يؤدي إلى صعوبة الكلام وتفاذى الحديث والقلق أيضاً ويؤدي الشعور بالقلق إلى حدوث اضطرابات فى تكوين التفكير اللازم حدوث كلام واضح ومفهوم.

٢- كما تلعب السيادة المخية دوراً هاماً فى النظرية العضوية التى تفسر حدوث التعلم.

٣- النظرية العصبية (النفسية): وهى تفسر التعلم على أنه تعبير عن حالة القلق الذى يعانى منه المتعلم ويتميز السلوك العصبى بخصائص منها شعور غير محبب، عدم القدرة على تقبل هذا الشعور أو ظهور سلوك يعبر عن هذا الشعور وينشأ للقلق الذى يشكل جزء كبير من السلوك العصبى عند وجود صراع قوى بين احتياجات مضادة ولا يجد الشخص حل لهذا الصراع.

وقد أثبتت دراسات تجريبية كثيرة أن شعور الأطفال بالخوف وانعدام الأمن فى مواقف التنشئة الاجتماعية ينشأ عند التعلم فقد نلاحظ:

أ- إرباط الأبوين ومغالاتهما فى رعاية طفلها وتدليله.

ب- محبة الطفل وإيثاره بالتدليل.

ج- انتقار الطفل إلى عطف أحد أبويه ورعايته.

د- التمس والشفاء الأسرى.

هـ- تعارض الإنهايات وكثرة الخلافات فى الأسرة.

و- إيجاز طفل أبسر هلى استعمال يده اليمنى.

ز- انخفاض التحصيل الدراسى.

ح- كبت رغبات الطفل.

ط- حقد الطفل على المحيط الدراسى.

كل ذلك يقضى إلى صراع نفسى وانعدام الأمن الداخلى وبالتالي اضطرابات الكلام، وإن كان هذا الإضطراب المسبب للصراع النفسى غير متاغلل من العقل الباطن.

٤- النظرية العصبية: مفادها أن التلعثم يحدث نتيجة اضطرابات فى وظائف الأعصاب التى لها علاقة بالكلام كما أن العامل الوراثى يلعب دورا كبيرا فى عملية التلعثم.

نظريات وأسباب مشكلات التلعثم فى المسكاه

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب التلعثم غير معروفة على وجه التحديد، وتختلف على حسب الحالات والفئات العمرية والبيئات ومعظم هذه الأسباب ترجع إلى عوامل عضوية أو نفسية، وجميع هذه متداخلة بعضها مع البعض الآخر، كما أن ثنائية اللغة أو نفسية، وجميع هذه الأسباب متداخلة بعضها مع البعض الآخر، كما أن ثنائية اللغة أو تعدد اللغات لدى الطفل تساعد على حدوث التلعثم كما يشير بعض العلماء إلى وجود علاقة ارتباطية بين التأخر اللغوى وظهور التلعثم لدى الأطفال.

وهكذا يختلف الباحثون فى تحديد الأسباب التى تؤدى إلى التلعثم، فمنه من يرجعها إلى أسباب فسيولوجية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب بيولوجية، ومنهم من يرجعها إلى إصابة جزء من المخ أو إلى تغيرات كيميائية، وأساليب تشيئة الحاطة

ويتفق الباحثون فى الأونة الأخيرة على دور المؤثرات الوراثية وعوامل البيئة والنفسية فى إحداث التلعثم لدى الأطفال، ويأثر الطفل المتلعثم بالمعاملة التى يتلقاها من حوله، خاصة من جانب الآباء والأمهات، على أساس أنه يتلقاهم للمهارات المهنية والتربوية فى معاملة أطفالهم سواء العاديين أو المضطربين كلاميا.

وهكذا اعتبر الباحثون فى مجال علم النفس وعلم أمراض الكلام مشكلة التلعثم لا تزال لغرا محيرا ومحورا للجدل والخلاف خاصة فيما يتعلق بالأسباب وبالتالي طرق وأساليب العلاج.

نظريات التلعثم

على الرغم من توافر كثير من المعلومات حول مشكلة التلعثم إلا أن تقسيم التلعثم إلى نظريات لتفسيره يعد عملية صعبة نظرا للتدخل الكبير فيما بينهما، وفيما يلي عرض موجز لأهم النظريات التي تفسر مشكلة التلعثم في الكلام.

أولاً: النظريات الوراثية

ينسب أصحاب الاتجاه الوراثي للتلعثم على أساس أنه استعداد وراثي يجعل صاحبه معرضاً للإصابة بالتلعثم، خاصة إذا واجه مواقف وصدمات نفسية حادة، إلا إن المحتمل حتى الآن أن الوراثة عامل مهدد وليست عاملاً مسبباً لإحداث التلعثم.

وجدير بالذكر أنه لا يوجد دليل قاطع على أن مسبب التلعثم وراثي بحث وإثبات تشير وتؤكد نتائج الدراسات والبحوث السابقة إلى التفاعل بين العوامل «وراثية والعوامل البيئية» كسبب من أسباب التلعثم في الكلام.

وحول تفسير أسباب التلعثم كتب «جيمسون» Jameson و«جوسوب» Johnson عن أهمية الوراثة لا تعدو عن كونها عوامل مهيأة للإصابة بالتلعثم وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن التلعثم به جزء وراثي على الأقل، وأنه يصعب الفصل بين دور للعوامل الوراثية والبيئية في أحدث التلعثم. وهنا يتفق الباحث مع الباحثين في ضرورة الأخذ بالجانب الوراثي في الاعتبار عند تفسير مشكلة التلعثم في الكلام خاصة إذا لوحظ انتشار هذه المشكلة داخل أفراد الأسرة الواحدة.

ثانياً: النظريات العضوية

قد يتلعثم الطفل في الكلام نتيجة نقص أو خلل في الجهاز العصبي المركزي أو إصابة المراكز الكلامية في المخ، كما أن الشفة واللسان الحلقى وأى هبوب في الأسنن واللسان والتجويف القمي من شأنها أن تساعد في حدوث التلعثم في الكلام.

وعلى هذا الأساس يمكن تفسير مشكلة التلعثم في ضوء النظريات العضوية على النحو التالي. التلعثم والتركيز على الميوب النيورفيولوجية.

- نظرية السيادة للنخية Cerebral Dominance Theory
- نظرية اضطراب التغذية السعوية المرتلة (نظرية رجوع العنق أو الأثر المرتد).
- النظرية البيوكيميائية.
- نظرية إخراج الصوت Vocalization theory.
- نظرية دورة ألفا للمستثارة Alpha Excitability Cycle Theory.

ثالثاً، النظريات النفسية

يرى بعض الباحثين أن التلعثم حالة عضلية بسبب الصراع النفسي وعوامل الخوف، العاطفي، ويرى البعض أن التلعثم عرض سيكوسوماتي. وقد يرجع إلى كسب الجول العدوانية وهناك تفسير يرى أن التلعثم حالة من حالات الاستدحال أو التثود وشكل من أشكال التفلطح الهستيري، ويرى آخرون أن التلعثم بمثابة عرض هستيري تحويلي، وهناك من يعسر التلعثم على أنه تكوّن إلى مراحل الطفولة، ويؤكد علماء التحليل النفسي أن التلعثم ما هو إلا عرض عضلي تكمن وراءه الرغبة الشمورية في الكلام والحاجة اللاشعورية إلى عدم الكلام.

وعلى الرغم من أن الإكلينيكين وغيرهم قد اعتبروا أن القلق مرتبطاً بالتلعثم أو أنه سبب له أو أنه رد فعل انفعالي أثناء كلام التلعثم، إلا أن العلاقة بين التلعثم والقلق لا تزال محل خلاف وجدل بين الباحثين.

كما أشار كل من «ميلر وواتسون» Miller's and Watson (١٩٩٢) إلى وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى التلعثميين بالمقارنة بغير التلعثميين، ولكن هذا الاختلاف لا يظهر في حالات التلعثم الشديد.

وتتل نظرية التعلم Learning Theory مجموعة أخرى من النظريات التي وضعت لتفسير التلعثم، لأن العديد من أعراض وخصائص التلعثم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم في مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، ولتلعثم توضح أثر التعلم مثل الخوف من اللوم في مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، فالتلعثم طبقاً لهذا التطور السلوكي عبارة عن سلوك مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الآخرين، أو عن طريق تعزيز مواقف التعلم

لدى الأطفال من خلال الآباء (مواقف الضرب والقسوة والحرمان) مما يؤدي إلى
التعلم في الكلام عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خوفاً من العقاب

وهكذا تؤكد معظم الدراسات على أن التعلم استجابة متعلمة في بعض
الاحيان نتيجة للضغوط الانفعالية والمؤثرات البيئية، وهنا يظهر العامل النفسي
كذلك على سوء التوافق الاجتماعي والانفعالي، فالتكرار أو الإحاطة في الكلام
نتيجة للانفعالات السلبية؛ لذلك يحاول العلماء إضفاء وعطف الانفعالات عند
تصميم برنامج علاجي يحفز للتعلم.

وهي ضوء ما سبق نلاحظ مدى تعدد وتداخل الأسباب النفسية التي تكمن
وراء مشكلة التعلم في الكلام، خاصة فيما يتعلق بالإحباط والتوتر والخوف
وانعدوان والصدمات النفسية المفاجئة، لذلك تعددت التفسيرات النفسية لهذه
المشكلة من جانب علماء التحليل النفسي ومن جانب أتباع نظريات التعلم
والمطور السلوكي، وفسر كل اتجاه التعلم حسب مبادئه النظرية ومن ثم نجد
أن جميع الاتجاهات والنظريات تبحث في شيء واحد وهو الكشف عن أسباب
ومصادر التعلم في الكلام.

رابعاً، النظريات الاجتماعية والبيئية

إن عملية التعلم عبارة عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، ومن ثم ذلك الكلام
مثابة أداة استقلال وتوسيع لدائرة التعامل مع الآخرين، ومن هنا تظهر ضرورة
دراسة النظريات الاجتماعية والبيئية لمعرفة دورها في إحداث مشكلة التعلم
في الكلام، على أساس أن كثير من مظاهر التوافق والاضطراب ترجع إلى نوع
علاقات والتفاعلات للوالدية داخل المحيط الأسري.

ويرى « فريمان » (Freeman ١٩٨٢) أن تعدد النظريات والأسباب التي تفسر
سلوك معيناً قد يسبب نوعاً من الإضطراب والتداخل، ولكنها قابلة للفهم
وتفسير، وهكذا نجد بعض الباحثين يركزون على دور العوامل الاجتماعية
والبيئية والأسرية في إحداث التعلم في الكلام.

ولقد أجمع معظم الباحثين على أن عدم التعاطف مع حاجات الطفل والإحسان
تشديد من جانب الآباء في أمور الحياة اليومية يساعد على ظهور التعلم لدى

الأطفال نتائج بعض الدراسات أن السيطرة الوالدية هي أحد المصادر البيئية المتنبئة في ظهور التلعثم، وتمثل السيطرة الوالدية في صورة متعددة مثل «عقاب والتعديب والمضايقة والتدليل الزائد والنقد المستمر» كل هذه عوامل بيئية تهيج الطفل للتلعثم في كلامه مع الصغيطين.

ويرى «كونتر» Conturo, E. (١٩٨٨) أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال تؤثر بصورة واضحة على قدراتهم اللغوية، وقد تساهم البيئة المحيطة بالطفل في ظهور اضطراب التلعثم، خاصة، عندما يبدأ الآباء في تصحيح كلام أطفالهم وعقابهم بدون استشارة المتخصصين في مجال التفاعل وعلم النفس.

وحديثاً ظهرت عدة نظريات تيل إلى دراسة التلعثم في ضوء بعض العوامل الاجتماعية والبيئية والتي يكون لها دوراً بارزاً في ظهور التلعثم لدى الأطفال، خاصة فيما يتعلق بطريقة كلام الآباء مع أطفالهم. فالكلام السريع والمزعج يحدث نوعاً من القلق والتوتر والخوف لدى الطفل؛ فينعكس ذلك على طريقة كلام ويتعلم فيعاقبه الآباء ويستخرون من سلوكه ومن كلامه للتقاطع.

ويتفق «بلودشتين» Bloodstein (١٩٨٦) مع الآراء السابقة حول خطورة لتدخل الوالدي في تعديل وتصحيح كلام الطفل، لذلك يرى «بلودشتين» ضرورة وضع برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدتهم في كيفية التعامل مع طفلهم المتلعثم.

ويؤكد «مورلي» Morley, M. (١٩٧٢) على أهمية الأسباب والنظريات الاجتماعية والبيئية في تفسير مشكلة التلعثم في الكلام، ويركز على دور الضغط المنزلي التي يتعرض لها الطفل خاصة فيما يتعلق باستخدام اليد اليمنى بدلاً من اليد اليسرى، ويرى «مورلي» أن الصدمات الانفعالية المفاجئة والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الأطفال والضغط عليهم للحديث مع الغرباء وتصحيح أخطائهم النحوية والتعبيرية من شأنه أن يحدث التلعثم في الكلام.

ويظهر دور الأسباب البيئية في إحداث التلعثم من خلال ملاحظة مدى التفاوت بين البيئات المختلفة في ظهور نسبة التلعثم بها، حيث نجد أن التلعثم ينتشر في المجتمعات الغريبة الأكثر تعقيداً من المجتمعات البدائية، وتفسير ذلك

أد الحياة في المجتمعات الغربية أكثر تعقيدا من المجتمعات الشرقية، وقد أدى التصادم بين الثقافات ببعض العلماء والباحثين إلى تقديم تفسيرات لمشكلة التعلم في الكلام اتخذت من العوامل الاجتماعية والبيئية إطارا مرجعيا لها.

وبعد من أهم النظريات التي اعتمد أصحابها على العوامل الاجتماعية والبيئية نظرية «جونسون» Johnson - وتسمى هذه النظرية بنظرية اضطراب الشخصية Errors theory Diagnosogenic - ومضمونها أن التعلم يبدأ عند تشخيصه من قبل الوالدين وخاصة الأم بمعنى أن معظم الأطفال غالبا ما يعانون من عدم الطلاقة خلال مراحل النمو المبكر؛ فيشخص الوالدان عدم الطلاقة على أنها تعلم في الكلام، وينعكس قلق الوالدين على الطفل ويبدأ في الإساءة إلى طريقة كلامه ويتجنب الحديث خوفا من السخرية والمقاب وهنا يصبح عدم الطلاقة انطيمية في هذه المرحلة تعلمنا مرضيا بسبب استئصال الآباء في التشخيص الخطأين وهما يكرر القول أن التعلم يولد ويظهر في أذن الأم وليس في فم الطفل.

وفي ضوء ما سبق يتضح التأكيد على دور الأسباب الاجتماعية والبيئية في حدوث التعلم لدى الأطفال، وأن الوسط الاجتماعي يساعد في أحيان كثيرة على تثبيت التعلم وعلى خفضه في أحيان أخرى إذا تم التعامل معه بأسلوب سليم، وهذا الأمر يتطلب ضرورة إعداد برامج وتدريب وإرشاد الوالدين لمساعدة أطفالهم المتعلمين في تخطي هذه المشكلة.

خامسا، النظرية المركبة Compound theory

لا توجد نظرية واحدة لاقت إجماعا وقبولا من جانب الباحثين لتفسير التعلم في الكلام، ويقترح بعض المتخصصين أن اضطراب التعلم مشكلة مركبة نتيجة التفاعل بين العديد من العوامل والنظريات النفسية ونظريات التعلم. في حين أن هناك اتجاهات يرى أن التعلم نتيجة التفاعل بين النظريات النفسية والنظريات الاجتماعية / البيئية

وفي ضوء النظرية المركبة نجد أن التعلم هو حاصل مجموع وتفاعل النظريات المعنوية والنفسية والاجتماعية / البيئية. وتؤكد هذه النظرية على عدم وجود نظرية معقدة بمعناها لتفسير مشكلة التعلم في الكلام، وذلك على أساس أن هذه المشكلة

تمثل وحدة دينامية نتيجة عوامل متعددة ومتداخلة، وأن الاعتماد على نظرية مجردة من تفسير التلثم يضع الباحثين في دائرة التحيز وعدم الإلمام بالجواب المختلفة لهذه المشكلة، وهكذا تقل مشكلة التلثم مشار جدل وخلاف بين أنصار النظريات المختلفة مما يؤكد أنها لا تزال لمزاج محيرا في المجال الطبي والنفسي والتربوي.

وسيتم عرض الطرق العلاجية لاضطراب التلثم في الفصل التالي.

ثالثا. نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام:

تنتشر اضطرابات الكلام بين أفراد مختلف المجتمعات بنسب متفاوتة، ويشير الباحثون إلى ارتفاع هذه النسب بين أفراد هذه الفصمات، وقد يكون لعدم وجود الإحصاءات الدقيقة، وقلة الدراسات في الوطن العربي ما أدى إلى تفاوتها بين بلد وآخر.

يتضح أنه من الصعب تحديد نسب انتشار اضطرابات الكلام، واللغة نسب توعها، وصعوبة تحديدنا، وظهورها أحيانا كجزء من الإعاقات. وتقدر نسبة انتشار اضطرابات الكلام بحوالي (١٠ - ١٥٪) بين أطفال ما قبل المدرسة، و (١/٦) بين طلاب الصفوف الابتدائية، وما يليها.

واضطرابات النطق والكلام يتعرض لها الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال، وقد لوحظ أن بعض الإضطرابات مثل التأتأة في الكلام تزداد بسببها مع تقدم العمر، وأن حالات الألفيزيا غالبا ما تظهر لدى الكبار، وسببة الإصابة في التأتأة لدى طلاب المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تصل إلى (١٪)، وفي إنجلترا (١٪)، وفي بلجيكا (٢٪).

وتشير مطبوعات الرابطة الأمريكية للسمع والكلام إلى أن ١٠٪ من الأفراد في المجتمع الأمريكي يعانون من صورة، أو أخرى من اضطرابات التواصل، حيث تمثل نسبة انتشار اضطرابات النطق (مخارج أصوات الحروف) المرتبة الأعلى لتصل إلى (٥٪) بينما تمثل سبة التأتأة ١٪ تقريبا.

رابعا أسباب اضطرابات اللغة والكلام:

١- السلوك التجنبي: يعكس هذا السلوك رغبة المتأثر في تجنب ما يترتب

على تلعبه من نتائج غير سارة ويأخذ أشكالاً مختلفة مثل مشير معين كحروف معينة أو كلمات بعينها وكذلك لتجنب المواقف التي ترتبط بها التأتأة.

٢- ردود الأفعال النفسية: كالقلق، والتوتر والخوف، والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة، وأحاسيس من العجز واليأس والحرج، وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المتلعثم عن التواصل مع البيئة المحيطة.

أسباب اضطرابات الكلام:

تتنوع الأسباب المؤدية لاضطرابات الكلام باختلاف الاضطرابات نفسها، كما أن بعض الباحثين، والعلماء يرجع أسباب البعض منها إلى عوامل وراثية، أو عضوية وظيفية، أو نفسية، أو اجتماعية مما يجعل الإتيان على أسباب محددة من الأمور الصعبة.

يشير (البريقات) إلى أن اضطرابات الكلام قد تنتج عن العديد من الظروف المحيطة مثل إصابة الدماغ، والاختلال الوظيفي لميكانيكية الكلام، أو التنفس، وتشوهات أعضاء النطق، فبعض الأطفال يخطئون بالتعلق بسبب عدم القيام بالاستجابات الحركية الصحيحة لتكوين الأصوات بشكل صحيح، فهم يفعلون والشفتين، والألسنة والجزء العلوي من الحلق، فقد تكون المشكلة عضوية، أو مشكلات الصوت، وقد تكون ناتجة عن الضغوط النفسية.

أسباب وراثية:

بينت الدراسات إلى وجود اضطرابات ماثلة بين أفراد آخرين داخل الأسرة ولعدة أجيال وهذا ما يشير إلى دور عامل الوراثة، وقد تبين أن الوراثة لا تنبع في اضطرابات الكلام لوحدها واحداً، وقد بينت دراسات حديثة أن ٦٥٪ من المصابين ينحدرون من أسرة بها شخص مصاب، وقد تم إدخال عامل التقليد والمحاكاة كيون أحد الوالدين أو أحد الأفراد من العائلة يعاني من أحد اضطرابات الكلام، وقد وجد أن نسبة المصابين من الذكور أكثر من الإناث بنسبة أربعة أضعاف.

أسباب جسميته

يذكر (الزريقات) أن تشوه الأسنان - اللحمية - الزوائد الأنفية - تضخم اللوزتين اشتقاقاً للشدة العليا - ضعف السمع - صوب الجهاز الكلامي - الحنك - لسان - الأسنان - الشفتان - الفككان. كل ذلك من الأسباب العضوية التي تؤدي إلى أحد الإضطرابات الكلامية.

أسباب عصبية

يشير (عطية) إلى اضطرابات الأعصاب المتحكم في الكلام - إصابة المراكز في المخ ينفذ ضعف التحكم بالأعصاب في أجهزة النطق - الضعف العقلي، وإجبار الفرد الأصغر الذي يستخدم يده اليسرى على الكتابة باليد اليمنى، وضعف التوافق بين سهولة التعبير، وسرعة التفكير للمفاجأة، ومحاولة الترتيل وخاصة عند الخوف في المواقف الجديدة أمام الناس أو أمام المذيع، وعند تنطق الأفكار بسرعة هائلة لا تستطيع الأجهزة الصوتية استيعابها بسهولة استعمال الأبناء، وضغطهم على الأطفال في النطق دون مراعاة للتفصيح وفق فروعهم الفرعية والأكثر من ذلك بعض الآباء يستخدمون التهريب والتخويف والتعليق واللعابة وبعضهم يستخدم الرشوة للطفل من أجل ذلك، التعليق على الفرد من الأهل والأقارب عندما ينطق كلمة واضحة سواء عندما يضحكون معه، أو يسخرون منه

ويذكر حمدان بالإضافة إلى وجود عدة عوامل مساهمة في اضطرابات الكلام هي القلق والخوف المرتبط بخبرة مؤلمة عاشها الفرد، بالإضافة إلى علاقة الأم بطفلها وبنوعية هذه العلاقة وخاصة بما يتعلق بالبيانات اللغوية الأولى المنشطة التي تبني تدريجياً عند الفرد.

ويشير إلى أن مجموعة من العلماء (ميتلسون، وجونس هنت، وبنكي، كوريت، ميرفي، وفينخل) تركز على أن العوامل النفسية هي سبب اضطرابات الكلام فهم يؤيدون أنها ميكانيزم دفاعي تستخدمه الذات للحد من القلق، والخوف، أو تدخل شعوري هي عملية تتم أوتوماتيكية - آلية - أو الصراع بين الرغبة الشعورية في الكلام، ونقيضها اللاشعوري وهو الصمت، أو الخوف من الفشل في إتمام العملية الكلامية.

أصباغ بيئية

تعد لأسرة أول بيئة تربوية يتواجد فيها الطفل ويتفاعل معها، فهي التي توفر له الحماية والأمن وهي المسئولة عن توفير كل الاحتياجات اللازمة له طبقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها، ولما كانت الأسرة هي للجمال الاجتماعي الأول الذي ينشأ فيه الطفل، أصبحت العلاقات الأسرية سبباً مباشراً من أسباب الطفل سواء سوية أو غير سوية، ودرجة الأمن التي يحصل بها الطفل ذات أثر كبير في تكوينه أو عدم تكوينه من الوجهة الاجتماعية والنفسية.

كما يشير التحس إلى أن جينيفر Jennifer يعد أسلوب معاملة الوالدين للطفل بمثابة المرأة التي تتضمن أحكاماً من قيمة ومكانة الطفل داخل الأسرة، فإحساس الطفل بقيمته مرتبطاً بمدى شعوره بالنقص أو شعوره بالثقة، حيث يدعم هذه الأحاسيس سنوك الوالدين تجاه طفلهم، فكلما زاد إحساس الطفل بقيمته وأهميته في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه كلما دعم هذا من ثقته بنفسه ومن قدرته على الاعتماد عليها. وعلى العكس من ذلك فالأسرة التي يتسم فيها الوالدان بالسيطرة والتحكم، تهيج جو أسرياً مشحوناً بالضغط، الأمر الذي يؤدي إلى الإخفاق في تدم عملية التواصل بين الطفل والديه، ومن ثم مزيداً من المواقف للنمو انطبعي بكلام الطفل، فجدور مشكلة التعلق توجد دائماً في العلاقات التي تقوم بين الطفل ووالديه في المراحل المبكرة من حياة الطفل، فعندما تصبح مطالب القاسى والقيود المشددة ويقسمون ما يتجزه الطفل تقييماً سلبياً باستمرار، فإن الاحتمال الأكبر أن يصاب الطفل عندئذ بالقلق والتوتر، وحدوث اضطرابات التعلق.

وقد تبين من نتائج الدراسات أن حدة التثاثة تزداد بازدياد إشغال الآباء عن أبنائهم وارتفاع مستوى تعليم الأب والأم حيث يتوقعون من أبنائهم أكثر مما يستطيعون إنجازهم، والعلاقات الأسرية التي يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الاجتماعي، وزيادة الإضطراب في التعلق.

معنى ذلك أن أسباب اضطرابات الكلام تتباين بحسب الإضطراب، نوعه، وسلامه أعضاء الكلام، وسلامة الفرد النفسية، والبيئية المحيطة به، ووجد أن أن استفادة الفرد من اضطرابه قد يتحول إلى معزز لوجوده، حيث يكتسب المضطرب من خلال تعامل الآخرين معه جراء اضطرابه ما يعنى أن هنالك عوامل عضوية، وشخصية كثيرة قد تؤدي بالفرد إلى اضطراب في الكلام.

الفصل الثالث

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة:

أولاً، مدخل إلى تشخيص اضطرابات اللغة والكلام.

ثانياً، تشخيص اضطرابات اللغة والكلام.

ثالثاً، أساليب علاج اضطرابات اللغة والكلام.

الفصل الثالث

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام وعلاجها

مقدمة:

يعانى بعض الأطفال من اضطرابات اللغة والكلام، وتؤثر هذه الاضطرابات على نمط استجاباتهم وعلى سلوكياتهم اليومية، وتفاعلهم مع الآخرين المحيطين بهم. وقد تؤدي بهم إلى الانسحاب أو عدم المشاركة في الأنشطة اليومية لتجنب التحدث مع الآخرين حتى لا يلاحظ أحد اضطرابات والكلام لديهم وهذا لتجنب يؤدي إلى فقدان قدر كبير من التواصل مع الآخرين، مما يؤثر اللغة سلباً على شخصيات هؤلاء الأطفال.

وهنا تكمن أهمية التشخيص المبكر لاضطرابات النطق والكلام وعلاج هذه الاضطرابات، حيث يسهل التشخيص والعلاج مبكراً أو يكون له تأثيراً كبير على لغة والكلام: خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وحتى يتم التشخيص بشكل دقيق لابد من فهم فسيولوجية الكلام، حتى يعرف الاختصاصي ماهية الاضطراب

أولاً: مدخل إلى تشخيص اضطرابات اللغة والكلام:

١- بين ٣-٤ سنوات ولكن يمتد حتى حوالي ١٣-٢٠ مليون خلية ويبقى سمك القشرة المخية Cortex حوالي مليمترين وهي التي تقع فيها مراكز اللغة والكلام، أما مساحتها الإجمالية فتقدر بحوالي ١,٥ متر مربع. وهي بذلك تعدل مساحتها منضدة المكتب تقريباً، هذا وتشكل المنطقة القشرية الأكثر قدماً من الناحية التطورية جزء من الجهاز الحافى أو الطرفى Limbic System أما القشرة المخية، الحديثة الأكبر اتساعاً ولأصغر عمراً من سابقتها فقد قسمت إلى أربعة فصوص هي كالآتي: الفص الجبهى Frontal Jobo والفص الدماخى Temporal Jobo والفص الجدارى Parieta Jobo والفص القفوى Occipital Jobe ، ويرجع اكتشاف أن لغة نملة

من النصف الأيسر من المخ عند معظم الناس للعالم مارك داكس Mark Dax الذي قدم مقالاً عام ١٨٦٣ بين فيه أن أكثر من أربعين مريضاً يعانون من اضطرابات لغوية قد اظهروا علامات تلف بالجزء الأيسر من المخ، وثبت أن النصف الأيسر من المخ هو المسئول عن السيطرة الدماغية لوظائف اللغة في الغالبية العظمى من الأفراد الذين يستخدمون اليد اليمنى وهو ما يعرف بالسيادة للمخية ويرجع ذلك إلى أن النصف الأيسر من المخ أكبر وأثقل من النصف الأيمن وهو يعني أن القشرة المخية أكبر في النصف الأيسر بالإضافة إلى أن شق سلفيوس أطول قليلاً.

وفي عام ١٨٦٩ أثبت الجراح الفرنسي بول بروكا Paul Broca أن مركز الكلام يوجد في الثلثيف الجبهي الأسفل الأيسر، وسُميت هذه المنطقة فيما بعد بمنطقة بروكا، وفي عام ١٨٦٨ قد أكد طبيب الأمراض العصبية الإنجليزي حاكسون فكرة نصف الكرة المخي التي أدت بالتالي لفكرة السيطرة للمخية الإصبية في نصف الدماغ الأيسر تؤدي لحثوث عدة أنواع من اضطرابات اللغة.

كما وجد فيرنيك عام ١٨٨٤ أن صعوبة فهم الكلام تنتج عن تهتك في اجراء الخلعى من النقص الصدفي الأيسر، وقد سميت هذه المنطقة بمنطقة فيرنيكس، وقد اقترح حاكسون عام ١٩٨١ أن نصف الأيمن من المخ يعمل على فهم للكلمات، مطبوعة وبدرجة أقل من الكلمات المكتوبة، وفي هذا الجانب المحدد يشترك النصف الأيمن من مخ في العملية اللغوية الطبيعية مع النصف الأيسر، وأيضاً فإن النصف الأيمن من مخ يعد مسئولاً عن استقبال الأصوات غير اللغوية الموجودة في البيئة المحيطة بالإنسان إلى جانب الإيقاع الموسيقي، وكذلك فإن النصف الأيمن من المخ مسئول عن برمجة المساحة المرئية بالإضافة للتعرف على الإحساس والتعبير عن الإنفعالات، ويعتقد حالياً أنه لا توجد مناطق لغوية أو كلامية مطلقة ولكن يتم التحكم في اللغة أو الكلام عن طريق أنظمة عصبية فالمخ يعالج اللغة بثلاث مجموعات «sets» مترابطة من المنظومات العصبية وهي على النحو التالي:

أولاً: مجموعة كبيرة من الأنظمة هي مصغى الكرة المخية الأيمن والأيسر تقوم بتمثيل التفاعلات المتبادلة بين جسم الإنسان وبيئته، تلك التفاعلات المتبادلة التي تحققت بواسطة حسية وحركية مختلفة وتسمى بذلك كن

الأشياء التي يفعلها الفرد أو يدركها أو يفكر فيها أو يشعر بها أثناء تعامله مع البيئة المحيطة به.

ثانيًا: مجموعة عددها أقل مما تقدم من المنظومات العصبية تقع عمومًا في نصف المخ الأيسر وتقوم بتمثيل الحروف الصوتية وتركيبها كما تقوم بتمثيل قواعد النحو اللازمة لربط الكلمات بعضها ببعض، وتعمل هذه المنظومات لدى تعرضها من داخل الدماغ على تجميع صيغ الكلمات وعلى توليد الجمل المطلوب قولها أو كتابتها، أما عندما يتم تعرض هذه المنظومات من الخارج عن طريق سماع كلام أو قراءة نص فإنها تقوم بأداء المعالجة الأولية لإشارات اللغة المجموعة المرئية.

ثالثًا: هناك مجموعة من المنظومات العصبية تقع أيضًا في نصف المخ الأيسر على نطاق واسع وتتوسط المجموعتين الأولى، يمكن لهذه المنظومة العصبية أن تستوعب مفهوم معين وأن تنتج صيغ للكلمات.

كما يمكنها استقبال الكلمات وجعل المخ يستحضر المقاهيم المقابلة لها، ومن دراسة قام بها ويتشل ١٩٨٨ عن تنظيم اللغة دخل المخ عن طريق تحليل التصوير لمطعمي الجوزيتروني المهمة بسيطة في ظاهرها وهي نطق الفعل المناسب لدى عرض سم شائع مثلًا قد يرى أحد المفحوصين أو يسمع كلمة (مطرقة) ويكون الجواب المناسب لها (يدق).

وأظهرت نتائج هذه الدراسة بوضوح كيف يربط تصوير المح للمعنيات العقلية في أحد المهام السلوكية الخاصة باللغة والكلام بشبكة نوعية من المناطق المخية التي يتألف بعضها من بعض الأداء كل عملية من عمليات الكلام، فإدارة الخدمات المعروضة بشكل بصري، يتم في شبكة من المناطق العصبية في مؤخرة المخ، وإن متطقتي النص الصدفي الأيسر والنص الجبهي الأيسر - متطقتي بروكا وبيرونيك - لا تصيحيان فمالتان إلا عند إصابة مهتمين اثنين، هما (التقييم الواعي للمعاني الكلمات وانتقاء الاستجابة المناسبة) (دماسيو، ١٩٩٤).

ونلاحظ أن المرضى الذين لديهم إصابة في النصف الأيسر للمخ بالقرب من شق سلفيوس لديهم أخطاء في البناء السليم للكلمات والحمل، فتتمثل لديهم القدرة

على تجميع الحروف الصوتية في كلمات منطوقة، فلا يستطيعون النطق السليم، فينطق (صعفور) بدلاً من صعفور، إلا أن إيقاع الكلام وسرعته تظل سليمة، كما أن التركيب النحوي للجملة يظل سليماً، فالقطع حول السلفيوسي الأمامي يحتوي على منظومات عصبية مسئولة عن قواعد اللغة، والمرضى المصابون بأفة في القطع حول السلفيوسي الأمامي تكون قواعد النحو لديهم مضطربة، فيميلون إلى إسقاط حروف العطف والضمائر بالإضافة إلى أن الترتيب النحوي للجملة غالباً ما يكون خاطئاً في حين تكون الأسماء لديهم أسهل تناولاً من الأفعال مما يدهو للاعتقاد بوجود مناطق أخرى مسئولة عن تكوين الأسماء.

ولقد بينت الدراسات التي أجريت على المضطربين اللين تبين عدم مقدرتهم على استرجاع الأسماء أنهم مصابون في القشرة المدهاغية.

ثانياً: تشخيص اضطرابات الكلام

يعد التشخيص أهم مراحل التعرف على اضطرابات اللغة والكلام، ويختلف التشخيص باختلاف الأدلة، حيث يتم التشخيص وفق أسس علمية مقسمة لدى أخصائي اضطرابات الكلام الذي يستعين بالكثير من الأدوات.

نذكر هيل (Bill, 1995) في دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوي اضطراب اللجاجة في الكلام والتي أوضحت أن التشخيص لا بد وأن يتضمن دراسة حالة، وتقييم الطلاقة، وتقييم للمهارات اللغوية. وأساليب للمعاملة الوالدية

كما يشير إنجهام (Ingham, 1999) أنه لتحديد بداية التدخل لعلاج اللجاجة تلجأ الضرورة وجود اعتبارات مقننة لتشخيص اضطراب اللجاجة في الكلام.

بينما حدد عبد العزيز الشخص (1997) إجراءات تشخيص اضطرابات الكلام على النحو التالي:

- ١- ملاحظة كلام الفرد أثناء حديثه مع الوالدين والأخوة.
- ٢- تجميع الملاحظات حول: نوع الاضطراب، ومدى معاناة الفرد من التوتر والانفعال، إضافة إلى الحالة الصحية ورد الفعل حيال الاضطراب، والعزوف التي تعرض لها قبل تعرضه للاضطراب.

٣- تسجيل عينات من كلام الفرد أثناء التحدث مع الوالدين والأخوة والأقران، وأثناء القراءة

٤- تحليل ذلك، وتكرار هذه الإجراءات في مواقف مختلفة في المنزل والمدرسة. وذلك بهدف تحديد الظروف التي تحدث فيها الإضطرابات ويشير حسب (٢٠٠٧) إلى أن الصورة الإكلينيكية لأعراض إضطرابات اللغة والكلام تتمثل فيما يلي:

محركات الحسك على اضطرابات النطق:

أ- العمر الزمني وذلك لأن اضطرابات النطق قد تكون عابثة ثم تختفي مع اكتمال النمو اللغوي عند الطفل، أو عند دخوله المدرسة أو بعدها بقليل. فلا بعد ذلك اضطراباً إلا إذا استمر بعد سن السليمة، وهنا يحتج إلى التدخل العلاجي.

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام في الطب النفسي:

تصنف اضطرابات اللغة والكلام في مجال الطب النفسي إلى عدة تصنيفات وهي:

أولاً، التصنيف النفسي لاضطرابات اللغة والكلام (Psycho pathologically Based Speech Disorders).

تسم هاملتون (١٩٧٤) اضطرابات اللغة والكلام إلى ما يلي:

أ- اضطرابات اللغة والكلام الوظيفية: وتشمل التلعثم Stuttering والبكم Mutism.

ب- اضطرابات اللغة والكلام الحركية في حالات الذهان كما في حالات (الرجمة الكلامية preservation) والتي تشمل التكرار المرضي للكلام palliation أو ترديد ألفاظ Ecolalia (ومضان، ١٩٩٥).

ثانياً، تصنيف Kablan and Sadok (١٩٩٣):

صنفت اضطرابات اللغة والكلام إلى ثلاث فئات رئيسية هي:

١- عدم القدرة على اكتساب اللغة.

٢- إعاقات لغوية مكتسبة نتيجة لإصابات واضطرابات عصبية.

٣- تأخر النمو اللغوي أو تأخر اللغة التماثلي.

ثالثاً: التصنيف الدولي للأمراض (ICD- 10):

قسمت المراجعة المباشرة المنقحة من التصنيف الدولي للأمراض تصنيف

الاضطرابات النفسية والسلوكية Mental and Behavior Disorders

اضطرابات وصوب الكلام إلى ما يلي:

- F80 اضطرابات ثنائية نوعية في الكلام واللغة.
- F80,0 اضطرابات نوعية في التلفظ بالكلام.
- F80,2 اضطرابات اللغوية الإستقبالية.
- F80,8 اضطرابات ثنائية مختلفة في اللغة والكلام.
- F80,9 اضطرابات ثنائية مختلفة في اللغة والكلام غير محددة (عكاشة، ١٩٩٩).

وأيضا، التصنيف الشخصي الإحصائي المعدل R (DSM- IV).

قسمت الطبعة الرابعة لل دليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية اضطرابات وعيوب اللغة والكلام إلى ما يلي:

- 315.31 اضطرابات تعبير اللغة.
- 315.31 اضطرابات فهم وتعبير اللغة المختلفة.
- 31.3 اضطرابات وعيوب الصوت.
- 307.9 اضطرابات التخاطب غير المحددة (رمضان، ١٩٩٥).

تشخيص اضطرابات اللغة والكلام هي علم أمراض التخاطب:

اضطرابات اللغة والكلام هي الأمراض التي تصيب الجهاز الكلامي في الإنسان وتؤدي إلى صعوبة أو عدم مقدرة الفرد على الكلام بطريقة مقبولة من محيطين به، وعيوب الكلام هي جزء من أمراض التخاطب والتي تشمل أمراض الصوت وأمراض اللغة وأمراض الكلام، وقبل أن نحدد أنواع عيوب الكلام وعلاقتها بأمراض التخاطب، لا بد أن نلقي نظرة على مفهوم التخاطب ومعناه. والتخاطب في مفهومه الحديث هو عملية نقل وتبادل الأفكار والمفاهيم بين الأفراد والجماعات، والتخاطب الصوتي يتخذ شكلا صوتياً يقرن بالصوت باللمس، وهذا ما يشار إليه باللغة، وهذا المستوى هو أرفع مستويات التخاطب، وهذا التخاطب لفظي يمكن تحليله إلى مظهره الأسامي التي تدخل في تشكيله حتى يصل إلى لسمع متكامل، وهذه المظاهر هي:

- ١- الصوت: وهو المادة الصوتية التي تحدث نتيجة الاهتزازات في أنسجة الصوتية بالحنجرة، وهذه تثل الصوت الأولى في الرسالة اللغوية
- ٢- الكلام: وهو مجموعة الأصوات اللغوية من سواكن ومتحركات والتي تنتج من تحويل وتشكيل المادة للصوتية الحنجرية الأولى أو في حدث أصوات مختلفة في جهاز النطق والذي يشمل (البهيموم - الصم - النسان - الحنك - اللهاة - الجيوب الأنفية - الشفاه - الأنف).

٣ **اللغة:** وهي النظام الرمزي الذي يقرن الصوت بالمعنى، وهذه الوظائف البشرية العليا يتحكم فيها الدماغ (تصقه الأيسر) ووراء هذه الوظائف عدة عوامل فسيولوجية لا يتم بدونها للتخاطب اللفظي، وهذه الوظائف هي (التنفس وإخراج الصوت والتطق واللغة) (رزق، ١٩٨٩) والأمراض التي تصيب هذه الوظائف هي ما يطلق عليها بأمراض التخاطب وتشمل الآتي:

١- أمراض الصوت: **Valse Disorders** وتشمل:

أ- **بحة الصوت Voice Dysphonia:**

وتنتج عن أسباب عضوية تصيب الحنجرة أو أسباب وظيفية، أو أسباب بنية كالإصابات المرضية الصفري المصاحبة لأمراض الحنجرة، وقد تكون نتيجة سوء استخدام الصوت المزمن أو ناتجة عن أسباب عصبية نفسية.

ب- **فقدان الصوت Aphonia:**

مثل فقدان الصوت بعد الاستئصال الكلي للمنجرة أو فقدان لصوت الهستيرى.

٢- **أمراض الكلى Speech Disorders** وتشمل:

وهي مجموعة طلاقة الكلام المترسل وقد يكون في صورة إطالة لبعض مقاطع الكلمات أو وقفات في الكلمة أو اضطراب داخل الصوت الواحد، وهذه قد يصحبها حركات لا إرادية أو اتعالية على وجه وأطراف المريض

ب- **اللغة Dyslalia:**

وهي استمرار هيب محدد في أداء أصوات اللغة إلى سن ناضجة نسبياً، وهي أعطط صوتية مفردة في نطق بعض الأصوات عند المريض مثل صوت (س) فتكون لدغة سنائية أو جالية أو يلمونية حسب مكان خروج الصوت.

أو لدغة رائية وهو عدم مقدرة نطق حرف (ر) أو نطق الأصوات الخلفية مثل (ك)، (ح)، كأصوات أمامية مثل (ث)، (د)، على الترتيب (رزق، ١٩٨٩).

ج- النحسية الكلامية (Dysarthria):

وهي اضطراب أداء اللغة نتيجة لعدة عضوية بالجهاز العصبي المركزي أو الطرفي، وهي حالة مرضية تظهر بسبب إصابات عصبية تؤثر على الجهاز العصبي للنطق فتحدث مع إصابة المخية أو الشلل النصفي أو الإعاقة الحركية بسبب الإصابة الدماغية في الأطفال.

د- الخنف (المفتوح والمغلق) (Rhinolalia or nasalty):

وهي إصابة حركية تؤثر على عملية التنفس وإخراج الصوت وانطق والرتين الأنفي، فالشخص الطبيعي ينطق جميع الحروف من الفم ما عدا الحروف أو الأصوات الأنفية، وهي (م، ن، نج) كما في كلمة مالمبو. أما في حالات الخنف المفتوح Rhinolalia aperta فتجد المريض ينطق الحروف من الأنف وترجع أسبابها إلى عطل في الصمام اللهاقي البلعومي أما في حالات الخنف المغلق Rhinolalia فتجد المريض ينطق جميع الحروف أو الأصوات الكلامية من الفم كما في حالات الإصابة بالكام وترجع أسبابها إلى انسداد مجرى الهواء في تجويف الأنف، والخنف المشترك Rhinolalia وهو الذي يحوي النوعين معاً (الخنف المفتوح والخنف المغلق). (رزق، ١٩٨٩).

٣ أمراض اللغة Language Disorders وتشمل:

أ- النحسية (Dysphasia):

وهي تدهور الوظائف اللغوية بعد اكتمال نموها بسبب إصابات بالدماغ أو أمراض الأوعية الدموية التي تؤثر على نصف الدماغ الأيسر حيث توجد وظائف اللغة وتكون مصاحبة لحالات الشلل النصفي بأسبابه المختلفة.

ب- تأخر نمو اللغة (Delayed Language de development):

ويكون سبب الحرمان الحسي وأهمها حالات فقد السمع في الطفولة المبكرة، فيبقى الطفولة يميز عن الأصوات الخارجة له، ويحسر تحصيله اللغوي ما لم يسرع والديه باستخدام المعينات السمعية والتأهيل التخصصي، وأيضاً ولكن بدرجة أقل فقد البصر وقد يرجع تأخره في لغة

إلى الإصابة الدماغية في الطفولة المبكرة قبل أو أثناء أو بعد الولادة فيؤثر الجهاز العصبي للطفل وكذلك قدراته الذهنية والعقلية، ويصاب بدرجة من التأخر التكرري بالإضافة إلى الإصابة العصبية بالدماغ فتؤثر على قدرته الاستيعابية والتحصيل اللغوي مثل زملائه، كجهاز الأمراض النفسية التي تصيب بعض الأطفال كالفصام الطفولي والانطوائية أو التوحد لدى بعض الأطفال والتي تحتاج لتدخل الأخصائي النفسي.

كما قد يرجع تأخر نمو اللغة عند الأطفال إلى غياب البيئة المنبهة لتحفيز القدرات اللغوية للطفل فنجد أن التأخر اللغوي للطفل ينتشر في البيئة التي ينحصر فيها لنسوى الثقافي والاقتصادي للأسرة، ويجب أن نضع في الحسبان أن الطفل لا يحتاج لغة من البيئة المحيطة فقط ولكنه يحتاج أيضاً إلى الممارسة الماعلمية مع الوالدين.

وأخيراً قد يرجع تأخر نمو اللغة لدى الأطفال إلى سبب غير محدد بعد استبعاد كل الأسباب السابقة، وهذه الأمراض تخضع لبرامج علاجية مفصلة ومتنوعة حسب الأسباب وإتباع نظام الفريق الطبي المتكامل (روزق، ١٩٨٩).

تشخيص اضطرابات اللغة والتكلام في علم النفس،

نسم مصطفى فهمي (١٩٧٥) اضطرابات اللغة والكلام إلى قسمين رئيسيين. أولاً اضطرابات ترجع إلى أسباب وعوامل عضوية. ثانياً: اضطرابات ترجع إلى أسباب وظيفية. وهناك تقسيم آخر أكثر تفصيلاً يقوم على أساس المظهر الخارجي للعبع الكلامي وينقسم هذا التقسيم إلى ما يلي:

أ- التأخر في قدرة الطفل على الكلام، وتشمل:

- ١- تأخر الكلام بسبب خلل في القدرة السمعية.
- ٢- تأخر الكلام بسبب التخلف العقلي.
- ٣- تأخر الكلام بسبب أمراض مزمنة كالحميات.

ب احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير والمعروف باسم الأمليا APH-
SIA وتنقسم إلى :

- ١- ألفزيا حركية أو لفظية Motor Verbal
- ٢- ألفزيا حسية أو فهمية Sensory
- ٣- ألفزيا كلية أو شاملة.
- ٤- ألفزيا نسيانية Amnestic
- ٥- فقد القدرة على التعبير بالكتابة Agraphia

ج- العيوب الإبداعية في النطق Articulation

د- الكلام التشنجي Spastic Speech

هـ عيوب الكلام التي تشمل بطلاقة اللسان وتشمل اللجلجلة أو التلعثم
والخمخة Rhinolalia والثبات أو عدم نطق حرف (س) أو الراء كما
تشمل حالات الديسارتيا Dysarthria

و عيوب الصوت Voice Disorders

ك الكلام الطفلي Infant speech (مصطفى فهمي، ١٩٧٥).

١- المشكلات اللغوية Language disorders

٢ مشكلات الكلام Speech disorders

٣- القدرة على الكلام Speech disability (إيلي كرم القدس، ١٩٨٩)

وفي عام ١٩٩٠ صنف الزرادي عيوب النطق والكلام كالآتي

أولاً: اضطرابات الكلام : Speech disorders

وتشمل التلعثم والسرعة الزائدة في الكلام Chuttering

ثانياً: اضطرابات النطق Articulation

وتشمل عيوب في إدراك الحروف أو حذفها.

ثالثاً: اضطرابات الصوت Voice Disorders

وتشمل الحة الصوتية واختف واحتباس الصوت

رابعاً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من نقص القدرة السمعية
 خامساً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من نقص القدرة العقلية.
 سادساً: اضطرابات اللغة والكلام الناتجة من حالات نفسية وعصبية
 (فيصل الزرّاد، ١٩٩٠).

ويتضح مما سبق مدى الارتباط بين اضطرابات اللغة والكلام وعدم النفس،
 كما يوضح لنا أن هذا المجال هو إحدى مجالات علم النفس، حيث إن اضطرابات
 اللغة والكلام قد تكون ناشئة من عوامل نفسية تحتاج في تشخيصها وعلاجها إلى
 المتخصصين في علم النفس.

ويذكر عطية (١٩٩٩) أن اضطرابات الكلام، ومنها اللجلجة ليس إلا اضطراب
 في تقدم الذات اجتماعياً، فهو ليس اضطراب في الكلام وإنما هو صراع بين
 الذات، والدور فقد يتكلم الفرد بطلاقة في وقت معين، وفي موقف آخر يضطرب
 في الكلام. ويرى شيهان Sheehan أن الصراع يكون بين كل من الدافع إلى الكلام،
 والدافع إلى عدم الكلام أي أن الفرد يعاني صراعاً لحظة الإعاقة الكلامية في تصويره
 أن الذات تتعرض لموقف صراع لإقدام، وإحجام مزدوج، وأن هذا الموقف يظهر
 كما اقتربت من تطلق كلمة معينة.

كما ينتصر روجرز Rogers أن كل فرد يستجيب ككل منظم لنوع كما
 يدركه، وهو يقرر مصيره الخاص به، ويستطيع فعل كل شيء في حدود قدرته؛ إذا
 أراد أن يفعل ذلك، أو أتاحت له الفرصة لذلك، ويتغير لداته، ويدركها كما هو
 لا كما يدركها الآخرون، وفي حالة الاضطراب فإن الشخص يشعر بأنه بشكل
 فيه مبالغة غير واقعية سلبية كانت، أو إيجابية، وفي حالة اضطراب الكلام يفسر
 أصحاب هذا الاتجاه أنه يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات،
 من خلال الإدراك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية، ونوع التقديرات السلبية
 من الآخرين (المنحس: ٢٠٠٦).

بناءً على ما سبق من تعدد المحاولات التي فسرت أسباب حدوث اضطرابات
 الكلام، يمكن القول إنها ظاهرة تحدث نتيجة عوامل متداخلة ومتشابكة هذه
 العوامل هي عوامل عضوية، ونفسية، واجتماعية، وهي تمثل وحدة ديمية. وتعد

المستوية عن حدوث اضطرابات الكلام، وليس عامل معزده، إلا أن العامل النفسي سيظل هو الأساس الذي يتأثر به كافة العوامل وتؤثر فيه أيضاً بعد ذلك بمعنى أن هناك كثيراً من الأفراد يتوفر لديهم من الاستعداد الطبيعي ما قد يسبب اضطرابات الكلام، غير أنهم لا يعانون من هذه الاضطرابات نظراً لغياب العوامل المهيأة، وهو لعوامل النفسية، كما أن العوامل البيئية تعجل من تكوين مشاعر القلق، وانعدام الأمن لدى نفوس الأطفال، وتتمثل في إرباط الأبوين في رعاية طفلتهما، تدويله، انقطار الطفل إلى رعاية أبويه، التماسه والشقاء العائلي، الإخفاق في التحصيل الدراسي، وكذا سخرية الآخرين.

ثالثاً: علاج اضطرابات اللغة والكلام

يوجد مجموعة من المداخل العلاجية لاضطرابات الكلام تقدر ما يوجد من نظريات في تفسير هذه الاضطرابات، ورغم هذا التباين الواسع في الأساليب العلاجية. فإن معظم برامج العلاج توجه نحو الحالات المتقدمة عن امرهتين، والراشدين الذين تكون قد تطورت لديهم أعراض ثانوية واضحة، ومشاعر سلبية قوية تجاه حالة الاضطراب لديهم ومع تعدد أساليب العلاج المستخدمة لاضطرابات الكلام، ظهر أكثر من مدخل علاجي مثل: العلاج الطبي، والعلاج النفسي، والعلاج الكلامي، والعلاج البيئي.

العلاج عملية معقدة، ويعتد المدى، وليس كل قياس يتم إجراؤه قبل العلاج بعد تشخيصاً دقيقاً، وتعدد الطرق العلاجية ومنها :

العلاج الطبي،

تذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن الأطباء يعالجون الثالث في الكلام بتمهين الجراحى Surgery أو بالعلاج الكيماوى Chemotherapy وبعض الأدوية المهدئة، وقد أثبت بعض الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد، وله محاذير كثيرة. كما تشير إلى أن هناك محاولات حديثة لعلاج التلعثم عن طرق العقاقير كالمهدئات، والفيتمينات مثل فيتامين ب٦.

ودكر أحمد عكاشة (١٩٧٥) أن نسبة عالية من المتلعثمين يعانون من خلل في رسم المخ.

وتذكر نوران العسال (١٩٩٠) أن «أرون Aaron» استخدمت عقار كمهدئ لعلاج بعض مضطربي الكلام من المتلعثمين، وأنها وجدت أن ٨٠٪ من المتلعثمين قد تحسوا، ولكن لم يشف أحد منهم، كما أن استخدام العقاقير غير مجدى، وله معانير مثل الإدمان.

العلاج النفسى،

يشير حبيب (٢٠٠٧) إلى أن المدرسة السلوكية تقدم مجموعة من الفنيات للتعامل مع الاضطراب الثنائية حيث استخدم الفهم Ingram (١٩٩٠) أسلوب إحالة الكلام لعلاج هذا الاضطراب لدى ٥ أطفال تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٣ عاماً، كما استخدمت صفاء غازى (١٩٩١) أسلوب العلاج الجماعى فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً، واستخدم أحمد رشاد (١٩٩٣) العلاج السلوكى والعلاج يرجع الصدى أى تأخير التغذية المرتدة فى علاج الاضطراب لدى ٦٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥ عاماً

كما تناولت مهير عبد الله (١٩٩٥) أسلوب التنظيم واللعب غير الموجه فى علاج الاضطراب لدى ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عاماً، كما استخدم كاليونسكى Kalinowski (٢٠٠٢) أسلوب المكافأة والتدعيم فى علاج هذه الاضطراب وقد أشارت نتائج هذه الدراسات جميعها إلى فاعلية الأسلوب المستخدم فى كل منها فى علاج اضطراب الثنائية فى الكلام.

وتذكر صفاء حمودة (١٩٩١) أن مدرسة التحليل النفسى تقدم علاج الثنائية فى الكلام على أنه عرض عضائى. ولا بد من تبصير الفرد بصراعاته، وإعادة الثقة إليه، وإزالة الحواجز بينه وبين الآخرين، أى مساعدة الفرد على التوافق الشخصى، والاجتماعى، كما يتركز العلاج على تخفيف الإثارة المصاحبة لعدم طلاقة الكلام، وهو ما يشعر به المريض إزاء المواقف التخاطبية من خوف، وكبت، وتوتر، وشعور بالإنهم والعدوانية، وهذه الطريقة من العلاج لا توجه اهتمامها أساساً إلى

العرض وقتياً، وإثماً المبدأ الأساسي للعلاج هو عدم تفادي اللجاجة - كأحد أشكال اضطرابات الكلام - وقبوله مع التركيز على تنميته بربطه بالأفكار السلوكية لغير مرئية والشخصية لدى المريض ومن هذا المنطلق نجد أنه في الأطوار البسيطة لنمو الفرد الأطفال غالباً لا يتركز العلاج على الطفل وعرضه، لكن على البيئة المحيطة به كى تتقبله وتتصت إليه، وتشجعه على كل محاولاته التخاطبية .

العلاج الكلامي

وهو مكمل للعلاج النفسى ويعتمد على بعض الفنيات مثل: الإسترخاء الكلامي، والكلام الإيقاعي، والنطق مع المضغ، والملموسة السلية، وقد أخرجت دراسات عديدة من هذا الإطار منها: دراسة باكمان (Packman, 1988) التي استخدمت الكلام الإيقاعي على هيئة قوامها ٢٤ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٢ عاماً ودراسة هاتوكوك (Hancock, 2000) التي تناولت عارسة الكلام المكثف المهدئ، والكلام المائلى المنظم، والتنفيذية للراجعة المكثفة لدى هيئة قوامها ٦٣ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ١١-١٨ عاماً ودراسة سمولكا (Smolka, ٢٠٠٢)، التي تناولت أسلوب رجع الصدى على هيئة قوامها ٣٢ طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٤ عاماً، وقد أثبت هذه الأساليب جميعها فاعليتها في علاج اضطراب اللجاجة في الكلام (حبيب ٢٠٠٧).

وتصنيف خادة كستاوى (٢٠٠٨) أن العلاج بالمضغ يهدف إلى الاستعداد ما علق في فكر المصاب من أن النطق والكلام بالنسبة إليه صعب وفيها يبدأ لمعالج بسؤال المصاب بالاضطراب عن إمكانية إجراء حركات المضغ، ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وسكون، وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة طعام، وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه للقطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك يطلب منه أن يحدث لعملية المضغ صوتاً فإذا وجد صعوبة، أو شعر بالحرج من ذلك عنى المعالج أن يحدث نفس العملية أمامه، وبعد ذلك يوجه للمصاب بعض الأسئلة بصحبة نفس الإسلوب من المضغ مثل: ما اسمك، ما اسم والدك، هتواتك، اسم خوتك، ومدرستك، وما إليه... إلخ، وتدريجياً يجعل المعالج المضطرب يجيب عن هذه الأسئلة بأسلوب النطق بالمضغ، وهذه الطريقة تفيد في تحويل انتباه

المرء المصاب باضطراب في الكلام، وتجمله يتفق الكلمات بهلوه يتناسب مع عملية المضع كذلك فإنها تسهم في التعقيد من مشاعر الخوف فيما يتعلق ببعض الكلمات حيث يتخلص المتعلم منها من خلال محاولة نطقها ومضغها.

الممارسة السلبية: Negative Practice

ابندع أوبري ييتس O. Yates هذه الطريقة على أساس أحد قوانين «كلارك Hull» للتغلب على المخالجات والسلوك غير المرغوب فيه كما تبينه المعادلة التالية: (استجابة التأتأة = عدد مرات صدورها \times الدفع - الكف التراكمي + الكف الشرطي).

ويمكن توظيفها في مجال علاج اضطرابات الكلام، وذلك بتطبيق المبدأ الأساسي لهذا الأسلوب، وهو التكرار الإيجابي المتواصل للسلوك، وينتج عن هذا التوقف شعور بالراحة نتيجة لتبليد الكف، ومن ثم ينشأ من التدعيم مبدعاً إلى الاستمرار في التوقف عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه، ومع التكرار. واستمرار التدريب يصبح مجموع الكف التراكمي + الكف الشرطي مساوياً لقوة تدعيم العادات مضرورية في الدفع وراء إصدار هذا السلوك غير المرغوب، ويكون الناتج صفراً. أي التوقف التام عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه وهو هنا التأتأة، أو أحد اضطرابات الصوت، أو اللوازم الكلامية، ويؤدي استخدام الممارسة السلبية إلى زيادة وعي العميل بنفسه أثناء التأتأة الداء كدواء فكثرة الممارسة، والتدريب على شئ معين تجعل الفرد يتشبع به، وبالتالي يحاول الفرد جاهداً أن يتجنبه، والكف عن ممارسته. كما يؤدي هذا الأسلوب أيضاً إلى تدريب الفرد على التحكم لإحدى في أجهزة النطق سواء أثناء التأتأة أو بدونها، ويمكن استخدام مائة مرة في جهاز الفرد نفسه أثناء الكلام، أو استخدام جهاز تسجيل لسماع صوته في مختلف الحالات، سواء أثناء التأتأة اللاإرادية، أو التأتأة الإرادية، أو الكلام بدون تأتأة.

واستخدام أسلوب الممارسة السلبية، وتقوم على تكرار الفعل غير المرغوب فيه عدة مرات، إلى حد شعور المريض بالثعب والإرهاق، حتى ينتج عن ذلك درجة عالية من التمتع أو المنع كرد فعل مضاد.

العلاج البيئي،

انقصود بالعلاج البيئي هو دمج الفرد في أنشطة اجتماعية حتى تتاح له انفرصة للتفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته ويتفنى لديه الحس والالتقاء والانسحاب، ومن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار وأثبتت فاعليتها: دراسة ملارد ميلارد (٢٠١٤) التي استخدمت أسلوب حل المشكلة والتدريب على مهارات الاجتماعية، ودراسة هاماجوشي (Hamaguchi, 2006) التي عتمدت على مساعدات الوالدين لأطفالهم ذوي اضطراب التأق في الكلام ويرى الباحث أن العلاج البيئي على النحو المتقدم لا يخرج عن كونه أحد أساليب لعلاج النفس الجماعي التي تستمر وجود الجماعة في علاج الاضطراب عن طريق التفرغ الإنفعالي وتكوين علاقات حليلة والإستبصار وبناء عادات سلوكية جديدة (السعيد، ٢٠٠٣).

ويركز العلاج البيئي على المتغيرات التي تجري في بيئة الطفل، والتي يعتقد أنها تساهم في استمرار التأق، ومن خلال الملاحظة المباشرة، ومقابلة الوالدين، والأسرة يحاول الأخصائي تحديد تلك العوامل، وتغيير بيئة الطفل حتى تخفص العرمل التي تؤدي إلى استمرار التأق، أو تزول تماماً. وتري صفاء حمودة (١٩٩٢) أن العلاج البيئي يستخدم على نطاق واسع في علاج المضطربين الصغار والكبار حدث أن المتعلم في العلاج الجماعي يرى غيره عن يعانون نفس أعراض التلعثم (من صعوبة في الكلام، وإزلة الشفاء وغيرها)، فيشعر بأنه ليس الشذ الوحيد في هذا المرض، بل إن كثيرين غيره يعانون نفس الحالة، مما يخلق جواً من لمشاركة الوجدانية بين المتعلمين كما أن أي تقدم في العلاج لأحدهم يدفع بالآخرين لتنافس وإزدياد الفرص الواقعية للشفاء. وقد استخدم الباحث هذا الأسلوب في تقديم جلسات البرنامج الإرشادي المتقدم في هذه الدراسة، ومن وسائله: العلاج بالميكودراما، حيث يستخدم التمثيل كوسيلة أدائية تجمع بين الإسقاط والتنفيس الإنفعالي، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي.

العلاج عن طريق الإرشاد.

يرى عطية (١٩٩٩) أن العلاج بالإرشاد يتم بإعطاء المتعلم أو المتأثر مجموعة من الإرشادات تنطوي في أنه يجب عليه أن يتوقف عن التلطم، وأنه لا بد أن يتحكم في كلامه، وأن عليه أن يركز تفكيره في ذلك، إلى جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتلم لتعبير عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

١- الإرشاد التفسيري للأسرة والوالدين،

إن العديد من سمات بيئة الطفل يرتبط بجوهر الأسرة وأفرادها، من خلال تحديد، وتغيير بعض الأنماط السلوكية للأسرة يستلزم علاقة إرشاد نفسي للمجموعة ككل، وحتى يتحقق الهدف النهائي، فإن من الضروري إلقاء الضوء على احتياجات الأسرة والطفل، ويتم تصميم الإرشاد التفسيري للأسرة، والوالدين لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم، ومشاعرهم على سلوك النجل، وكذلك فهم وتقبل تلك الانفعالات، وفي بعض الحالات يشعر الأخصائي بأن كلام الطفل مقيد، ويحيطه عدم الطلاقة الطبيعية عندما يكون هناك قلق واعتماد مستمر من الوالدين، وفي مثل هذه الحالات يكون اعتماد الوالدين هدف حقيقي للتدخل العلاجي، وهذا التدخل لا يعني تزويد الوالدين فقط بالمعلومات عن عدم الطلاقة الطبيعية، وإنما على الأخصائي أن يعترف بمشاعر الوالدين، ويتعامل معها، وفي هذه الحالة يكون الوالدين هم المفحوصين، وليس الطفل.

ب- تحديد المرحلة العمرية،

هناك اتجاهات متعددة نحو علاج التأثا وأسبابها ولذا فإنه يجب أن تحدد طريقة العلاج التي تعتمد على عمر الفرد الذي يعاني من التأثا، حيث تختلف الأساليب المتبعة مع صفات الأطفال الذين مازالت تسود لديهم عن المراهقين، والراشدين الذين يعانون من المشكلة منذ سنوات عديدة. ولقد أوضح كل من شاميس وإيزابيث (Sharnes, G& Elisabeth, H, 1982) عدد من تلك الأساليب:

١ علاج الأطفال ذوي التأخرات

إن الأساليب العلاجية للتعبية مع الأطفال في مرحلة الهد، ومرحلة م، نيس المدرسة الذين تنتشر بينهم التأخرات أساليب ثابتة نسبياً، ولها معدلات مرتفعة من النجاح وهناك طرق عديدة للتدخلات العلاجية للتأخرات المبكرة، ومنها:

٢- العلاج المباشر

يستلزم هذا النوع من العلاجات رؤية مشطلة، ومنتظمة لتقبل الطفل الذي يعاني من التأخرات للعلاج، ويعنى هذا في بعض الأحيان التعامل بشكل مباشر مع أخصائى الكلام لدى الطفل، ولكن في أحيان أخرى كثيرة يعنى مشاهدة الطفل أثناء العمل حوله، ودون التركيز بشكل مباشر على سلوك التأخرات. إن الافتراض النظري هو أن تأخرات الطفل عرضية حيث أنها عرض لبعض المشكلات الأساسية ذات الطبيعة النفسية، أو البين شخصية.

العلاج عن طريق الاسترخاء

نقوم هذه الطريقة على أساس أن التلثم ينتج عن زيادة الضغط على جهاز العضى للفرد، ويتم الاسترخاء بطريقة اليوم إذ يعتبر إجراء وقائياً وعلاجياً لراحة الجهاز العضى وهناك طريقة العلاج بحملات الماء الدافئ كإحدى طرق العلاج الطبيعي. حيث يتم علاج التوتر العضى للعضلات عن طريق حمامات الماء الدافئ والمساح بفرص الوصول لاسترخاء العضلات (عبد ربه، ٢٠١٠).

وتختلف وتعدد المدخلات العلاجية وهذا الاختلاف يدل على اهتمام كافة التخصصات بدراسة هذه الاضطرابات، وإتباع أساليب لعلاجها، كما أن هذه النماذج الحاصلة يشرى الجانب العلاجى بتعدد الطرق، والأساليب العلاجية مما قد يسهم في التوصل إلى خط جديد من أنماط العلاج، وجملته القول أنه لا توجد طريقة واحدة فعالة في معظم أو جميع الحالات التي تعاني من اضطراب التأخرات في الكلام، وإنما يرجع ذلك إلى التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب مع لوضع في الاعتبار مفهوم الحالة النفسية الذي يؤكد على انعدام التماثل التام بين الحالات

أولاً، العلاج التنفسي،

مع تعدد وجهات النظر في علاج التأتأة والتلعثم، فقد تعددت الأساليب والطرق المستخدمة في العلاج، فقد استخدم ولبس (wolpe) تقليل احساسية التنفس (Systematic Desensitization) في علاج التأتأة وذلك بتعليم الطفل لمثالي استجابة بديلة للمحاووف والقلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل.

واستخدم شامر (shames) نموذج الكلام البطيء (speech) (slowed - down) pattern الذي يسمح باستمرار إخراج الأصوات الكلامية بين الكلمات التي يتم تشكيلها، كما وضع وبستر (webster) برنامج دقة وإحكام الطلاقة (precision fluency shaping program) والذي يقوم على فرضية أن العملية الصوتية عند المتلعثمين مشوشة وبحاجة إلى إعادة بناء وتدريب.

واستخدم مور (Moore) التعزيز والعقاب المتزامن مع الاستجابة، حيث يتم تقديم العقاب بشكل متزامن مع حدوث التأتأة، وبالمقابل يتم تقديم التعزيز بشكل متزامن مع الكلام بطلاقة.

واستخدم فشممان (Fishman) أسلوب الممارسة السلبية (Negative practice) والذي يقوم على أساس ممارسة الشخص للتأتأة بأقصى درجة ممكنة، سيما استخدام شيري (cherry) أسلوب التردد (shadowing) والذي يقوم على أساس تردد المتأثر بالكلمات وراء للمعالج كما يسميها.

واستخدم البعض الآخر أسلوب تعزيز السلوك الإيجابي للتحدث، بإسياب، حيث يؤدي الانقطاع عن التأتأة لفترات قصيرة إلى الحصول على التعزيز. وينبغي هنا أن تكون الفترات التي يستخدم فيها التعزيز قصيرة لدرجة تكفي عدم وجود التأتأة أثناءها، على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة.

وأكد ميير (Meyer) وأندروس (Andrews) بأن التأتأة في الكلام تقل عندما يصبح الكلام سميحاً، وتقوم بطريقة الكلام المنظم (Rhythmic Speech) على افتراض أن تقطيع الكلمات أو المقاطع حسب نغمة معينة، باستخدام جهاز أو أداة تنعيم، يؤدي إلى تقليل التأتأة.

وحدثنا قدم كل من بورنس (Burns) وبرايدى (Brady) وصفا لتقنية في معالجة التأتأة تسمى التدفق السلسل للهواء (Air flow) أو البداية الأسهل (easy onset)، حيث يبدأ الكلام بانتهاء عملية زفير ناعمة ويبدأ بالقطع الأول، والذي يختلط بشكل تدريجي (Imperceptibly) مع الزفير، بالتدفق بشكل سلس. وتزهد هذه الطريقة بعض الصعوبات التي يواجهها بعض الأفراد الذين يعانون من التأتأة في عملية إعدادهم للكلام، وبالرغم من أن هناك آثار ملحوظة إيجابية لها، إلا أنها عادة ما تأخذ عدة أشهر من التدريب لتطور كلام طبيعي (زويقات، ١٩٩٣).

يتضمن برنامج علاج التأتأة أربعة محاور:

المحور الأول:

شرح مفصل لمفهوم اضطراب التأتأة للشخص الذي يعاني من التأتأة والشخص الذي يصاحبه، لأن صاحب الاضطراب، يفهم أن التأتأة مرض عضوي يصيب أعضاء اللسان ويجعل الظاهرة الوظيفية للتنفس، للتمثلة في التنفس العكسي فمن خلال المقابلة أثناء الجلسات الأولى، يتم توعية هذه الخطوة تدور في محاور كبيرة من مراحل العلاج.

المحور الثاني:

يوجه المضطرب إلى كيفية التغلب على مشكلته وكيفية السيطرة على المرافقة الدنية أثناء التواصل مع الغير.

المحور الثالث:

يجب على الشخص الذي يعاني من التأتأة أن ينسى اضطرابه، لأنه كما فكر فيه تأثره أكثر، بل يجدد به أن يركز فيما يقوله للغير على مراقبة نفسه، وتقوية هذه المراقبة الذاتية بالثقة عند وجود الطرف الثاني وهو المستمع، فالمراقبة الذاتية تساعد على موازنة ذاتية بين ما يقوله وبين ما يستمع إليه.

المحور الرابع:

تصحيح الإيقاع الكلامي الذي يبدأ من أول جلسة مع أخصائي التخاطب

ويتأثر العلاج بعامل الوقت فكلما بدأ العلاج مبكراً (التدخل المبكر) كلما أدى إلى نتائج أفضل كما يتأثر العلاج بوجود إعاقات أخرى مصاحبة لمشكلة التعلم والكتابة كالإحالة العقلية أو تأخر النمو اللغوي أو فقدان السمع والنظر.

علاج التلعثم

تؤكد طرق علاج التلعثم على تغيير البيئة المحيطة التي يعيش فيها الطفل وطبيعة المنبهات اللغوية ويحرص المعالج أن يبنى علاقة قوية بينه وبين الطفل من أجل النجاح في التوصل إلى الأهداف العلاجية فكثير من الأطفال يصعب عليهم تفهم طبيعة العلاج ويرفضون المواجهة بالصعوبات التي يقومون فيها أثناء الكلام ويؤكد العلاج على استخدام بعض الإرشادات للوالدين والمدرسين تتلخص فيما يلي:

١ تخفيض ضغوط الوقت

١ يتحدث كثير من الأطفال بسرعة فائقة لذلك يتم استخدام فترة من الصمت بعد التحدث إليه أو قبل أن تستجيب له أثناء الحوار استخدام هذه الطريقة بصفة مستمرة تجعل مستمرة تجعل الطفل يتأني في الحديث خصوصاً إذا تعود على هذا النوع من الحوار.

٢- حاول أن تتأني في الحديث وتكلم ببطء واسترخاء مع جميع الأشخاص في أسرته والتأني على الأشخاص الذي يتأنون في حديثهم.

٣- أعط الفرصة للطفل أن يستمر في الحديث خصوصاً في المناسبات التي يصعب فيها كلامه وتجنب مقاطعته وإنهاء الجمل له أو قول الكلمات التي يجهز عنها حاول الاستماع بهدوء واسترخاء ودع الطفل يشعر بأن لديه ما يكفي من الوقت ليقول ما يريد قوله.

٤- خصص متسعاً من الوقت للتحدث مع الطفل المعرض للتلعثم وتجنب الحديث معه حينما تحتاج بالفعل إلى القيام بأشياء أخرى مثل إعداد طعام العشاء أو كتابة الجدول اليومي على السبورة أو عندما تكون في حالة من التوتر.

٥- ضيق نظاماً روتينياً يومياً وخصص ما يكفي من الوقت لكل نشاط مكرر يمكن تخصيص أوقات هدوء أثناء النشاطات المحدودة مثل التحضير للذهاب إلى المدرسة أو إعداد طعام العشاء أو تغيير نشاطات الفصل الدراسي وأثناء فترات الهدوء. هذه أطلب من الطفل القيام بأشياء أخرى غير التحدث كقراءة القرآن والأناشيد والغناء أو قراءة كتاب أو مشاهدة تلفزيون أو الاستراحة وبهذه الطريقة تتلخص من الحديث خلال تلك الأوقات التي قد تؤثر سلباً في القدرة على التحدث بطلاقة.

٦- تخفيف الضغط بخصوص الكلام،

١- أولاً يجب أن يمنع الآباء عن انتقاد أبنائهم أو أطفالهم عند حدوث التعلم وامتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات كما يجب أن يعبروا أي أهمية لمشكلة تعلم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس فإذا حدث هذا واعتبر الطفل نفسه متلعثماً سوف تظهر عليه ردود فعل للتقاضي.

٢ دع الطفل يعرف بأنك تستمتع دائماً بالحديث معه.

٣ ساعد طفلك على الربط الحديث وبين أحداث سارة ولطيفة مثل اللعب أو رواية النكات أو قول كلمات تنتهي بأحرف متماثلة أو عبارة ألعاب صوتية وكذلك القراءة أو رواية القصص.

٤ لا تطلب من ذلك أن يتحدث أمام الأشخاص الآخرين وإذا ما اقتضت الضرورة مناداة الطفل في الفصل الدراسي ناديه في وقت مبكر لتعادي تراكم الضغط من الكلام.

٥- لا تطلب من طفلك أن يبطئ أو يأخذ نفساً قبل التحدث لهذه الاقتراحات تزيد في الغالب من حدة المشكلة.

٦- مطابقة الأبناء بالمثالية والمبالغة في القيود يمكن أن يؤدي إلى سلوك التصادم لذا ينبغي تجنب ذلك.

٧- إذا كان طفلك يتكلم بصوتية مفرطة أو يتوقف عن الكلام بسبب التلعثم

أو يخبرك بأنه لا يستطيع أن يتكلم عليك التلثم بالشكلة والتأكيد له أنك موجود للاستماع إليه وأنه لا يهم كم من الوقت سيستغرق حديثه مثلاً يمكنك أن تقول: «كان من الصعب عليك قول ذلك وجميعنا يواجه مشاكل في التحدث أحياناً غير أنني موجود للاستماع إليك».

٨- لا تجبر الطفل على الكلام عندما يقع في التلثم أو عندما يكون مجهداً أو في حالة انفعال ولزبائك وفي المواقف التي يتحسن فيها كلامه استمر معه في الحديث حتى يشعر أنه يستطيع أن يتحدث بطلاقة دون تلثم.

علاج التلثم عند الصبيان

يعتبر علاج مرض التلثم باستخدام طريقة عدم التفاضل أكثر شيوعاً وهي تنقسم إلى ست خطوات هي:

١ التشجيع Motivation:

وهذه الخطوة تساعد المريض في التخلص من مشاعر الخوف والقلق حيث يتقابل مع مريض آخر تم شفاؤه أو يشاهد بعض أشرطة الفيديو لتوضيح مدى تحسن المريض بعد إتمامه لمراحل العلاج في هذه المرحلة يوضح للعلاج بعض المفاهيم الخاطئة عن المرض ويبين طبيعة العلاج ومدة العلاج وأهمية الصبر والمثابرة جعل المتعلم أكثر أملاً في الشفاء.

٢ التعرف على المريض Identification:

يتعرف المريض على المواقف التي يخاف منها بسبب التلثم والكلمات التي يصعب عليها لفظها وعلى طبيعة العثرات التي يقع فيها أثناء الكلام والحركات المصاحبة للتلثم ويتعرف فيها المريض أيضاً على وجود نسبة كبيرة من الكلام الطلق والتي تلوث نواتجه وبذلك نجد المتعلم أن مشكلة تلثمه الحقيقية تشكل جزءاً ضئيلاً من كلامه.

٣ إضعاف الحساسيات من الاضطراب Desensitization:

يقوم المعالج بمساعدة المريض لكي يتغلب على الانفعالات النفسية ومشاعر القلق والتعامل مباشرة مع الصعوبات التي يواجهها في الكلام. يبالغ كثير من

الموصى في تقدير العواقب التي يقع فيها في بعض المواقف، ولهذا يحرص المعالج على وضع برنامج علاجي متدرج يستطيع من خلاله التعرف على مواقف التي تصعب عليه، كما يوضح للاضطراب أن القلق والحوف مطلوب لكل شخص لكن بنسبة غير مبالغ فيها.

4- التغير Variation

الهدف هو أن نساعد المضطرب على معرفة أنه يمكن أن يغير من طبيعة العثرات التي يقع فيها حين حدوثها وذلك بتحويل الكلمة التي تصعب عليه كأن يضيف أو يحدف جزءاً منها، تمكن المريض من خلال سلوكه الإدراكي في تغيير الطريقة التي يتعلم بها يعطى مؤشراً إيجابياً على قدرته في التغلب على المصعب المتعلقة بالتعلم فضلاً عن أهمية هذه الطريقة العلاجية للتخفيف من الشعور بالقلق والإيمان بثقة على المواقف التي كان يفادها.

5- التقريب Approximation

تم هذه المرحلة من خلال ثلاثة خطوات هي الإلغاء والاعتدال والتقدير .

أ- الإلغاء Cancellation: يقوم فيها المريض بعدم الإستقرار في نطق الكلمة التي يتعلم فيها ثم يعيد الكلمة مرة أخرى وينهى عليه في هذه المرة أن يكمل الكلمة حتى ولو حدث فيها عثرات.

ب- الاعتدال Pullouts يتعامل المضطرب في هذه المرحلة مع اللحظة التي يتعثر فيها كلامه في كلمة ما وليس بعد حدوث التعلم، يقوم المريض بتطبيق ما تعلمه في مرحلة الإلغاء عندما يشعر بصعوبة في لفظ إحدى الكلمات لكن بدلاً من التوقف ثم تكرار الكلمة يقوم المريض بتطوير الصوت الذي حدث فيه التعلم حتى يتمكن من تصحيح مساره.

ج- التحضير Preparatory sets هذه المرحلة تتعلق بتوقع التعلم فإذا توقع المضطرب بأنه سوف يتعلم في كلمة ما فعليه أن يلفظها من خلال التوفيق بين إخراج الصوت والتنفس أو استخدام إحدى طرق العلاج التي يمارسه مع المعالج.

٦- الاستقرار Stabilization

يستمر المريض في هذه الخطوة في استخدام الطرق التي تعلمها لتسهيل طاقة الكلام ويقضي عدد الجلسات العلاجية ويتعلم المريض استخدام هذه الطرق مع أشخاص زائرين حتى لا يكون هناك عرقاً حتى في وجود الغرباء.

ينبغي على المريض الانتظام في التواجد المخصصة للعلاج يستطيع التعامل مع صعوبات الكلام التي تواجهه (الميسوي، ٢٠٠٦).

قائمة المراجع

المراجع العربية

- ١- رشدي محمد (٢٠٠٤). المهارات اللغوية. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٢- زكريا الشربيني (٢٠٠٢). المشكلات النفسية عند الأطفال. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٣- يمي كرم الدين (٢٠٠٤). اللغة عند طفل ما قبل المدرسة. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٤- دايمة قطامي (٢٠٠٨). تطور اللغة والتفكير. جامعة القدس المفتوحة. بشركة عربية المتحدة للتسويق والتوزيع. الطبعة الأولى.
- ٥- سهير محمد داين (٢٠٠٠). اللجاجة أسبابها وعلاجها. دار الفكر العربي. القاهرة. الطبعة الأولى.
- ٦- سامي محمد ملحم (د.ت). مشكلات طفل الروضة. دار الفكر لنطاعة والنشر والتوزيع. الطبعة الأولى
- ٧- طارق زكي (د.ت). سيكولوجية التعلم في الكلام. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ٨- نوزان العسال (١٩٩٠). التعلم. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الطب. جامعة عين شمس
- ٩- إبراهيم كاظم العظماءى (١٩٩٨). معالم من سيكولوجية الطموحة والتفوق والشباب بغداد. دار الشؤون الثقافية العامة. الطبعة الأولى.
- ١٠- عبد الرحمن محمد الميسوي (١٩٩٠). باتولوجيا النفس الإسكليرية. دار الفكر العربي.

- ١١- عباس محمود . علم النفس العام . الإسكندرية . دار المعرفة الجامعية . بدون تاريخ .
- ١٢- محمد محمود حمودة (١٩٩١) . الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج) . القاهرة .
- ١٣- فيصل عباس (١٩٩٤) . أخصاء على المعالجة النفسية والطبعية والتطبيقات . بيروت . لبنان . دار الفكر اللبناني . الطبعة الأولى .
- ١٤- عبد الحليم محمود السيد وآخرون (١٩٩٠) . علم النفس العام . القاهرة . مكتبة حريب . الطبعة الثالثة .
- ١٥- عبد الرحمن الميسوي (١٩٩٠) . باثولوجيا النفس . الإسكندرية . دار الفكر العربي .
- ١٦- حامد القش (١٩٩٠) . دراسات في سيكولوجية النمو . الكويت . دار لقلم . الطبعة الرابعة .
- ١٧- حلمي أحمد (١٩٩١) . مبادئ علم النفس . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية . الطبعة الأولى .
- ١٨- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠) . علم نفس النمو . القاهرة . عالم الكتب . الطبعة الخامسة .
- ١٩- عبد المصم الحفني (١٩٩٢) . موسوعة الطب النفسي . الكتاب الجامع هي الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً . القاهرة . مكتبة مدبولي . مجلد الثاني .
- ٢٠- انتصار يونس (١٩٩١) . السلوك الإنساني . القاهرة . دار المعارف . الطبعة الثانية .
- ٢١- محمد أحمد خالي ، رجاء محمود أبو علام (١٩٧٤) . الفلق وأمراض الجسم . دمشق . الطبعة الأولى .
- ٢٢- اينس عبد الفتاح أحمد (١٩٨٨) . دراسة نفسية هي اضطرابات انطق والتكلام رسالة دكتوراه (غير منشورة) . كلية الآداب . جامعة عين شمس .

٢٣ - صفاء عزى أحمد (١٩٩٢). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة المهنية لعلاج بعض حالات اللجاجة. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

٢٤ - محمد عبد الرؤوف عطية (٢٠١٠). طفولة بلا مشاكل. مؤسسة طيبة للنشر.

٢٥ - صالح يحيى الفامدى (٢٠٠٩). اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتدهور الذات لدى حبة من طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة دكتوراه. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٦ - غادة محمود محمد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادى للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى.

٢٧ - فيصل العفيف (د.ت). اضطرابات النطق واللفظ. الرياض. مكتبة الكتاب العربى.

٢٨ - إبراهيم زريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللفظ (التشخيص والعلاج) عمان. دار الفكر للنشر.

٢٩ - علاء عبد المنعم (١٩٨٩). مشكلات الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير (غير منشورة) معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس

٣٠ - سعد مصلوح (٢٠٠٠). دراسة السمع والكلام. القاهرة. عالم الكتب

٣١ - محمد محمود النحاس (٢٠٠٦). سيكولوجية التخاطب لدى الاحتياجات الخاصة. ط١. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٢ - محمد حبيب حبيب (٢٠٠٧). الثقة بالنفس والمجاجة فى الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (دراسة: سيكومترية، تجريبية، إكلينيكية). القاهرة. المركز القومى للتفوق التربوى.

٣٣ - وفاء اليه (١٩٩٤) أطلق أصوات اللغة العربية. موسوعات طب الصوتيات اعلمية القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- ٢٤ - خالد رمضان عيد الفتح (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدريبي نظامي الدمج وبمركز في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التواقي لدى الأطفال الماقين عقليا. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة بنى سويف.
- ٢٥ - سعيد حسنى العزة (٢٠١١). الإعاقة السمعية والاضطرابات الكلام والنطق. ط١. هنان. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- ٢٦ - إيهاب عبد العزيز البيلوى (٢٠٠٢). اضطرابات النطق. دليل أخصائى النطق والمعلمين والوالدين. الرياض. مكتبة الرشيد.
- ٢٧ - أحمد محمد رشاد (٢٠٠٣). برنامج علاجى لعيوب الكلام لدى المراهقين المصابين بالشلل التواقي. رسالة دكتوراه فى الدراسات المسية والاجتماعية. معهد دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.
- ٢٨ - عبد العزيز للشخصى (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام. علميتها تشخيصها أنواعها. علاجها. الرياض. شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
- ٢٩ - حمد عبد السلام زهران (١٩٨٥). علم نفس النمو والطفولة والمراهقة ط١ القاهرة. عالم الكتب.
- ٣٠ - فيصل خير الزرارة (١٩٩٥). اللغة واضطرابات الكلام. الرياض. دار المريخ للنشر والتوزيع.
- ٣١ - عبد العزيز الشخص، عبد الفقار الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير المعاقين. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣٢ - عبد العزيز السراطوى، وائل أبو جوده (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. لرياض. أكاديمية للتربية الخاصة.
- ٣٣ - عبد العزيز السراطوى (٢٠٠٠). الإعاقة العقلية. القاهرة. مكتبة الفلاح.
- ٣٤ - زينب محمود شقير (٢٠٠٥). طرق للتواصل والتخاطب للصامتين والمعتشرين فى الكلام والنطق. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٥ - منال على محمد مقل (١٩٩٥) دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى

- الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللجاجة في الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية. جامعة الملك سعود.
- ٤٦- هيثم جادو أبو سعيد (٢٠٠٣). اللجاجة والتلعثم عند الأطفال. عالم الإعاقة. ٤٦ع. الرياض. مكتبة الملك فهد. ص ٢٢-٣٣.
- ٤٧- موزة المالكي (١٩٩٦). أطفال بلا مشاكل زهور بلا أشواك. الرياض. دار النهضة العربية.
- ٤٨- محمد عودة الرمادي (١٩٩٤). سيكولوجية الفروق الفردية والجمعية في الحياة النفسية. ط١. عمان. دار الشروق.
- ٤٩- عبد الرحيم عطية (١٩٨٨). عيوب النطق. برامج في تمثيل السلوك. عمان مطبوعات وزارة التربية والتعليم.
- ٥٠- أحمد عكاشة (١٩٩٩). الترجمة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية. الإسكندرية. منظمة الصحة العالمية.
- ٥١- محمد عودة الرمادي (١٩٩٤). برنامج علاجي جمعي لللجاجة الموقفية مجلة دراسات. المجلد (٢١). العدد (٤). عمان. الجامعة الأردنية. ص ١٤٤-١٨٠.
- ٥٢- عبد العزيز السرطاوي، وائل موسى أو جودة (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.
- ٥٣- محمد سيد عطية (١٩٩٩). برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- ٥٤- سعد عبد العزيز التويم (٢٠٠١). مدخل حقيقة الطفل المتأخر فكريا وكيفية التعامل معه (مع مشكلة عيوب النطق والكلام وأساليب علاجها). الرياض. مكتبة الملك فهد.
- ٥٥- عبد المنعم الميلادي (٢٠٠٤). مشاكل نفسية تواجه الطفل. الرياض. مؤسسة شباب الجامعة.

- ٥٦- يوسف لطفى بطرس (٢٠١٧). برنامج تتخاطب بالكمبيوتر لتسمية عميات الكلام والافهم اللغوى لدى الأطفال ذوى صعوبات للتعلّم الكلامية و لقرائية فى المرحلة العمرية من ٦- ٨ سنوات. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات النفسية والاجتماعية. جامعة عين شمس.
- ٥٧- عصام ثرة عودة (٢٠٠٦). اضطرابات النطق لدى طلاب المرحلة الابتدائية دراسة مسحية للطلاب ذوى الأعمار ٨-١٠ سنوات. مجلة كلية المعلمين. ع (٧)، جدة. المملكة العربية السعودية. ص ١١٧-١٤٧.
- ٥٨- مر د على عيسى، وليد السيد خليفة (٢٠٠٧). كيف يتعلم المبح لذوى اضطرابات الكلام. ط١. الإسكندرية. دار الوفاء للطباعة والنشر.
- ٥٩- سيد محمد غنيم (١٩٨٧). سيكولوجية الطفولة. ط٢ القاهرة. دار النهضة العربية.
- ٦٠- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٨) علم النفس الإكلينيكي القاهرة دار قاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٦١- يناس عبد الفتاح (١٩٨٨). دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب جامعة عين شمس.
- ٦٢- زكريا أحمد الشربينى، منصور عبد المجيد (١٩٩٨). علم نفس لطفولة (الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامى). القاهرة. دار الفكر العربى.
- ٦٣- جمعة السيد يوسف (١٩٩٠). سيكولوجية الطفل والمرض العقلى. الكويت هلم المعرفة.
- ٦٤- مصطفى فهمى (١٩٧٥). أمراض الكلام. القاهرة. مكتبة مصر
- ٦٥- إبراهيم زريقات (١٩٩٣). فعالية التدريب على الوعى وتنظيم التنفس فى معاجة التأتأة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. الجامعة الأردنية.
- ٦٦- حورية ملى (٢٠٠٢). علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس المعادية. دس. دار القلم.

- ٦٦- سيلة عباس الشوريجي (٢٠٠٣). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها. الرياض. دار النهضة العربية.
- ٦٨- فان رايبير (١٩٦٠). مساعدة الطفل على إجادة الكلام. ترجمة صلاح الدين لطفي. القاهرة. دار الفكر العربي.
- ٦٩- محمد الزويقات (٢٠٠٥). اضطرابات اللغة والكلام. ط١. عمان. دار الفكر للنشر والتوزيع.
- ٧٠- محمد أيوب شحيمي (١٩٩٤). مشاكل الأطفال . كيف نقيهما. بيروت. دار الفكر اللبناني.
- ٧١- شيفرو وملمان (١٩٩٩م). سيكولوجية الطفولة والمراهقة مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها، ترجمة سعيد العزة. عمان. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع
- ٧٢- مروة حسن صالح (١٩٧٨). تأخر نمو اللغة عند الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ٧٣- أحمد محمد حسن رزقي (١٩٨٩). أمراض التخاطب في الطب العربي رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الطب. جامعة عين شمس.
- ٧٤- عبد الستار أحمد رمضان (١٩٩٥). نحو مفاهيم العدد والمكان والكم والاستنتاج وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية لدى الأطفال المصريين والألمان رسالة دكتوراه غير منشورة. ألمانيا. جامعة لايبزج.
- ٧٥- ملاك جرجس (١٩٨٥). اللجاجة واضطراب الكلام. سلسلة مشاكل الصحة النفسية للأطفال وعلاجها. الرياض. دار الفلوات.
- ٧٦- صفاء خازي أحمد حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي بالسيكودراما وللممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجاجة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- ٧٧- انطونيو دماسيو (١٩٩٤). الدماغ واللغة. مجلة العلوم. الكويت. مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

- ٧٨ - ليلى كرم الدين (١٩٨٩). الحصيلة اللغوية المتوقعة لطفل ما قبل المدرسة الكويت. الجمعية الكويتية للطفولة العربية.
- ٧٩ - ليلى كرم الدين (١٩٩٠). اللغة عند الطفل تطورها ومشكلاتها. القاهرة. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٨٠ - زينب عبد الحميد لطفى (١٩٩٠). دراسة عيوب النطق بين أطفال المدارس الابتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التمريض. جامعة الإسكندرية.
- ٨١ - عديجة عبد الحى مشهور (٢٠٠١). أساليب المعاملة الوالدية للأطفال المتلعثمين واقتراح برنامج علاجي إرشادي لمواجهة حالات التلعثم في مدينة جدة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية للبنات. جدة.
- ٨٢ - على حمدان (٢٠٠٢). الضغوط النفسية لدى عينة من معلمين ومعلمات تربية الخاصة. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطبقة جامعة عين شمس.
- ٨٣ - صمد غازي جمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي بالسكودرام و ممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية. جامعة عين شمس.
- ٨٤ - هراء سعيد خليل (٢٠٠٠). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة.
- ٨٥ - محمود عطا الله خويلات (٢٠٠٤). التكيف النفسي لدى طلاب المرحلة الأساسية الذين يعانون من التأتأة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
- ٨٦ - جين نيكسون (٢٠٠٠). مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم. بيروت. الدار العربية للعلوم.
- ٨٧ - جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧). اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية

- ومستوى التطلع لى طلاب المرحلة الإعدادية رسالة ماجستير غير منشورة
كلية التربية. جامعة عين شمس.
- ٨٨- محمد النحاس، سليمان أبو حبيب (٢٠٠٦). علم التجويد كمدخل وقائى
وعلاجى لاضطرابات النطق والكلام (التخاطب) التلثم نموذجاً. ورقة عمل
فى المركز الدولى للاستشارات والتدريب والتخاطب. دبى. الإمارات العربية
المتحدة.
- ٨٩- مایسة النبال، أسماء العطية، ميرفت فسل (٢٠٠٧). المتغيرات الانفعالية
لدى عينة من الأطفال المعاقين وذوى اضطرابات الكلام. دراسة سبكو متریه
فیزیالیه مقارنة فی المجتمعین المصرى والقطرى. الدوحة. المؤتمر الدولى الأول
لطفول العربى من ١٢-٢٣ فبرایر.
- ٩٠- جیهان غالب عباس (١٩٩٨). دراسة لبعض المتغيرات الیئیة والنفسیة
المرتبطة بظاهرة التلثم فی الكلام عند الأطفال. رسالة ماجستير غیر منشورة.
معهد الدراسات والبحوث الیئیة. جامعة عین شمس
- ٩١- حمزة السعید (٢٠٠٣). التأثله الظاهر والأمیاب والعلاج. مجلة لتربیة
العند ١٤٥. الدوحة. ص (٢٠٨-٢٠٩).
- ٩٢- مارس موسى، مطلب المشاقبة (١٩٨٧). فی اضطرابات النطق عند الأطفال
العرب. الكويت. الجمعية الكويتیة للطفولة العربیة.
- ٩٣- صفوت أحمد سعید ره (٢٠٠٠). فاعلیة العلاج السلوكى متعدد المحاور
وانفرادة المترانمة فی علاج اللجلجة وبعض الاضطرابات النفسیة المصحبة،
رسالة دكتوراه غیر منشورة. معهد الدراسات العلیا للطفولة. القاهرة. جامعة
عین شمس.
- ٩٤- جبریل، مصطفى السعید (٢٠٠٠) علاج اضطرابات النطق والكلام.
المنصورة. دار عامر للطباعة والنشر.
- ٩٥- الجمعية السعودیة لأمراض السمع والتخاطب SSPAA (٢٠٠٣).
الریاض.

- ٩٦- الدبوس، رنا صميم (٢٠٠٤). التعلم وعلاقته بالتحصيل الدراسي ومفهوم الذات دراسة مقارنة في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة ماجستير غير منشورة. القاهرة. كلية الآداب جامعة عين شمس.
- ٩٧- حمزة خالد السيد (٢٠٠٦). مظاهر التأخر عند الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق، مجلد ٢٢، ع ١. دمشق. ص ١٣٠-١٨٥.
- ٩٨- عبد الرحمن الميسوي (٢٠٠٠). اضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها. بيروت، دار الراتب الجامعية.

المراجع الأجنبية:

- 1- M.choel, Leeuer and David Barilay Stulteuig.(1998) A Brief Rem-ers American Acadeuy of Family Rlysiains. May
- 2- Jane Mazzuca (1989):The student who stutters. Teacher's Guide.
- 3- Stephen B. Hood (1958). Holpuig chldun talk Fluently Speec.d and hearing chnir the unireersif of south Alabama.
- 4- Sheehon, J. confiwel theiy of stutterig asyys sun ly Jon Etsensru & Weudtlil Johnzur New Yek. Harper and run pp 121-130
- 5- Shurey N and Sparks M Birth(1984). Defects and speech disorders. California: College Hillpress.
- 6- Williams, Rona M (1974) Speechad diffulties in chldhood Aprod-tical Gaide for Teachers and Paterts London: Geogre. Havop
- 7- West Robert. The pothillogy of stulteuig. Lu speech itups Abcook of neaelury Ly Riper Van New york prentice - Hall Inc.
- 8- Emmons, S , & Thomas, A , (2007): Power Performance For Sing-ers' Transcending the Barriers Oxford Univ. Press, Briton.
- 9- Gaag A, Smith L, Davis S, Moss B, Cornelius V, Laing S, Mowles C. (2005): Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study, Jun; 19 (4): 372 -80.
- 10- H.II, D., (1995): Assessing the Language of Children who Starter

Topics in Language Disorder, Vol. (15), PP. 60 -78.

- 11- Conger, S. (1996): Personality Description, Dynamic and Development W H Freeman Company, New – York.
- 12- Ingham, R. (1999). Measurement and Modification of Speech Naturalness During Stuttering Therapy. *Journal of Speech language, Hearing Disorder*, Vol.(55), PP. 261- 281
- 13- Muys, D. & Reynolds (2001): *Effective Teaching*. New-York: Springer Publishing Company
- 14- Van Riper, C & Erickson, R. (1997). *Speech correction. An introduction to speech pathology and audiology*. (9th Eds). Boston. Allyn and Bacon.

مختبرات الكتاب

٥ مقدمة

الفصل الأول

٩	اللغة والنمو اللغوي لدى الأطفال
٩	مقدمة
٩	أولاً - أهمية اللغة
١٠	ثانياً - وظائف اللغة
١٠	ثالثاً - مرحلة النمو اللغوي
١١	رابعاً - عوامل اكتساب المهارات اللغوية
١٢	خامساً - الاعتبارات اللازمة لتحقيق النمو اللغوي السوي
١٨	سادساً - مراحل الكلام

الفصل الثاني

٢٥	اضطرابات اللغة والكلام
٢٥	مقدمة
٢٧	أولاً - مفهوم اضطرابات اللغة والكلام
٢٩	ثانياً - أنواع اضطرابات اللغة والكلام ومظاهر كل منها
٤٥	(١) التأتأة
٥٠	المرحلة الأولى
٥١	المرحلة الثانية
٥٢	النظريات البيولوجية والنفسولوجية
٥٤	نظريات علم النفس
٥٥	نظريات الإشراف الكلاسيكي

١٠١.....	العلاج عن طريق الاسترخاء.....
١٠٢.....	أولاً العلاج النفسي.....
١٠٤.....	علاج التلعثم.....
١٠٦.....	علاج التلعثم عند الكبار.....
١٠٩.....	قائمة المراجع.....

Inv:1836

Date:4/4/2016

إضطرابات القاتاة



مكتبة الإسكندرية - Alexandria



1226577

